



Mammographie Fragebogen DZB



Haben Sie derzeit Beschwerden in der Brust?

ja

nein

Tastbefund/ Knoten

Schmerzen

Hautrötung

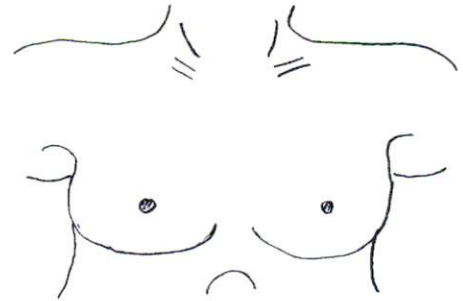
Hauteinziehung

Sekret/Flüssigkeit aus der Brust

Sonstiges: _____

seit wann: _____

Wo? Bitte zeichnen Sie ein



rechts

links

Hatten Sie schon eine Brustoperation?

ja

nein

In welchem Alter? _____ welche Seite? _____

gutartig Brustverkleinerung Implantat Brustkrebs (Mammakarzinom)

Hatten Sie eine Nachbehandlung?

Bestrahlung Chemotherapie Anti-Hormontherapie

Ist in Ihrer Familie Brustkrebs aufgetreten?

ja

nein

Wer, in welchem Alter: _____

Haben Sie Kinder geboren/gestillt?

ja

nein

Wann war Ihre letzte Periode (Monat): _____

Seit wann sind Sie in der Menopause? (Jahr angeben): _____

Nehmen Sie derzeit Hormone (Pille etc...)?

ja

nein

Hatten Sie oder jemand in Ihrer Familie Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)?

ja

nein

Wer, in welchem Alter? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____