



von der Screening-Einheit auszufüllen

Screening-ID:	Screeningdatum:
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(T T M M J J J J) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Fragebogen zur Anamnese

1. Persönliche Daten

Nachname	Vorname(n)	frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum: (T T M M J J J J) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer (tagsüber erreichbar):	weitere Telefonnummern:	

2. Angaben zu Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt **ODER** Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren? JA NEIN

Falls JA, bitte ausfüllen:

Frauenärztin/-arzt Name	Ort	
Hausärztin/-arzt Name	Ort	

3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden? JA NEIN

Falls JA:

Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt ?

Innerhalb der letzten 12 Monate Vor mehr als 12 Monaten

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?

Hier im lokalen Screening JA NEIN

In einem anderen Screeningprojekt JA NEIN
Adresse: _____

Bei einem anderen Arzt/Ärztin JA NEIN
Name, Adresse: _____

Dürfen wir dort nachfragen? JA NEIN

Sehr geehrte Teilnehmerin,
die Angaben auf der Rückseite helfen uns, Ihre Aufnahmen besser zu beurteilen.
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Vielen Dank !



4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Falls Ja: in welchem Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Angaben zur OP siehe unten)		
Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Falls JA: (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Wurde brusterhaltend operiert? (Jahr der OP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brust entfernt? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Sind Brustimplantate vorhanden? (Jahr der OP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brustvergrößerung/ -verkleinerung durchgeführt? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Gewebeentnahme durchgeführt (Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie <u>gegenwärtig</u> Brust-Beschwerden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie folgende Auffälligkeiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Knoten tastbar	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Dellen und Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Andere:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

6. Persönliche Angaben

Haben Sie heute Puder, Creme oder Deo im Brust- und Achselbereich verwendet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
---	-----------------------------	-------------------------------

**Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm gelesen, das ich zusammen mit meiner Einladung erhalten habe.
Ich bestätige die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Teilnehmerin

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: _____(MTRA)