

wird vom Screening-Personal ausgefüllt
Screening-ID
Screening-Datum

Fragebogen zur Anamnese



Screening-Einheit Bielefeld-Gütersloh
Bielefeld - Feilenstraße 1 | Gütersloh - Eichenallee 90

1. Persönliche Daten

Nachname	Vorname(n)	frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort	Telefon tagsüber 	

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

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt über das Ergebnis informieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sollen wir Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Frauenärztin / -arzt	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Hausärztin / -arzt	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

3. Angaben zu früheren Untersuchungen der Brust

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, zuletzt im Jahr: _____		
Wo? <input type="checkbox"/> Im Screening <input type="checkbox"/> Praxis _____		
Dürfen wir die Voruntersuchungen anfordern / zum Vergleich heranziehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde bei Ihnen jemals die Diagnose 'Brustkrebs' gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wann? (Diagnosedatum) _____		

5. Sind Sie an den Brüsten operiert worden?

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Wurde eine Gewebeprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Wurde brusterhaltend operiert?	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Wurde eine Brust entfernt?	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Sind Brustimplantate vorhanden?	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Andere Brustoperationen: _____		

6. Angaben zu Symptomen

Haben Sie Brustbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?		
<input type="checkbox"/> Knoten tastbar	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Dellen und Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Hautveränderung oder Einziehung der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Blutung o. andere flüssige Absonderungen a. d. Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

7. Gibt es in Ihrer Familie Personen mit Brustkrebs mütterlicherseits?

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Schwester	<input type="checkbox"/> Tante	<input type="checkbox"/> Cousine	<input type="checkbox"/> Großmutter	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> nein
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

8. Angabe zur Hormoneinnahme

Nehmen Sie weibliche Hormone? (keine Schilddrüsenhormone, keine Spirale)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm, das ich mit der Einladung erhalten habe, gelesen.

Datum/Unterschrift _____

wird vom Screening-Personal ausgefüllt
Angaben überprüft _____

