

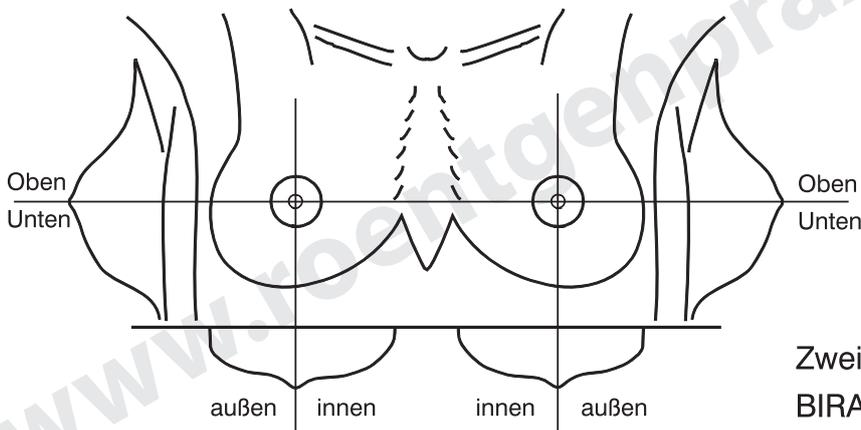
Name: _____ Vorname: _____

Teil 1 - von Patienten auszufüllen - Anamnese

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| | ja | nein |
| ● Heute 1. Mammographie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn <u>nein</u> , Termin der <u>letzten</u> Mammographie: _____ | | |
| Wo: _____ | | |
| ● Bekannte familiäre Brustkrebserkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wer: _____ | | |
| ● Anzahl der Geburten: _____ ; gestillt: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann letzte Geburt: _____ | | |
| ● Hormoneinnahme (z.B. "Pille"/Hormontabletten, Hormonpflaster bzw. -Gel, "3-Monatsspritze") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche: _____ ; seit: _____ | | |
| ● Regelblutung: Eintritt mit _____ Jahren | | |
| Ende mit _____ Jahren | | |
| Termin letzte Regel _____ | | |
| ● Bisherige Operationen Brust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann / Welche: _____ / _____ rechts <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | links <input type="checkbox"/> |
| _____ / _____ rechts <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | links <input type="checkbox"/> |
| ● Mitbehandlung/Kontrollen durch Brustzentrum (BZOT, ChA Zahm)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Unterleibsoperationen: _____ | | |
| ● Grund der Untersuchung / jetzige Beschwerden: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| ● Einer Anforderung von Voraufnahmen/-befunden stimme ich zu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ● Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Untersuchung ein. | | |

Datum/Unterschrift

Teil 2 - vom Arzt auszufüllen - Palpationsbefund



Axillae:

SCG:

Sekretion:

Zweitbefundung

BIRADS:

ACR:

Signum:

Mammæ: