

Patientenfragebogen für die Untersuchung der Brust

Name: _____
 Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Sind Sie möglicherweise schwanger? Ja Nein
 Stillen Sie zurzeit? Ja Nein

Erster Tag der letzten Regelblutung (Datum)?: _____
 Menopause (seit wann?) _____ Zustand nach Gebärmutterentfernung? Ja Nein
 Nehmen Sie Hormone (Antibabypille, hormonelle Ersatzbehandlung?) _____
 Wenn ja, welche? _____ Seit wann? _____

Hatten Sie jemals Krebs? Nein
 Rechte Brust, wann? _____
 Linke Brust, wann? _____
 Organ an anderer Stelle: _____
 Datum: _____

Vorgeschichte:
 Alter bei der ersten Regelblutung? _____
 Hatten Sie jemals eine Brustentzündung? (wann?) _____
 Wurden Sie jemals an der Brust operiert? _____
 (Welche Brust, wann, Ergebnis?) _____
 Wurden Sie jemals strahlenbehandelt? _____
 a) An der Brust (welche Brust, wann?) _____
 b) Im Bereich des Oberkörpers (wann, warum?) _____
 c) Häufige Röntgenuntersuchungen, Computertomographien, Thoraxdurchleuchtungen? _____

 Hatten Sie jemals eine Unfallverletzung der Brust? Rechts Links Wann? _____
Familiäre Brustkrebsbelastung:

Familienmitglied und Erkrankungsalter	Brustkrebs (Erkrankungsalter)	Eierstockkrebs (Erkrankungsalter)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

 Andere Krebserkrankungen in der Familie (wer, welche Krebsart?): _____

Haben Sie oder Ihr Arzt eine Auffälligkeit bemerkt? Nein
 Welche? Rechte Brust Linke Brust Seit wann?

Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brustvergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rötung <input type="checkbox"/> Einziehung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veränderung der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Flüssigkeitsaustritt aus der Warze rechts / links:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
milchig <input type="checkbox"/> wässrig <input type="checkbox"/>			
grünlich <input type="checkbox"/> rötlich/ braun <input type="checkbox"/>			

Ärztliche Anmerkungen: _____

Technische Daten *(vom Patienten nicht auszufüllen!)*

Röntengerät: Ge Konv Film- / Folien-System _____
 GeDigit

Standardaufnahmen: (Notieren nur bei konventionellen Aufnahmen)

	cc: KV mAs kp* A/F** AEK	mlo KV mAs kp A/F Winkel AEK***	ml KV mAs kp A/F AEK***
rechts			
links			

*Kompression **Anodenmaterial/ Filter ***Automatische Belichtung: Ja oder Nein

Ergänzende Aufnahmen (vom Arzt auszufüllen bei Zweitbegutachtung):

Brust	Ebene	Vergrößerung (immer ml, cc)	Kopien / Scannen
rechts			
links			

Ultraschall: re li

MRT: ja nein

Gründe für unzureichende Aufnahmen? (für RTA/ MTF) _____

Probleme? (Schmerzen, Kooperation) (für RTA/ MTF) _____

Notizen für den Arzt:



RTA/ MTF: _____

Arzt/ Ärztin: _____

Datum: _____