

PATIENTENFRAGEBOGEN

Mammographie



RADIOLOGIE ZENTRUM
FRICKTAL

| | |
|--------------|-------|
| Familienname | _____ |
| Vorname | _____ |
| Geburtsdatum | _____ |

Der folgende Fragebogen dient zur Erfassung Ihrer Vorerkrankungen und Voruntersuchungen der Brust. Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, Ihre Mammographie-Untersuchung optimal auszuwerten.

Haben Sie Schmerzen oder ein Ziehen in der Brust? Nein links rechts

Haben Sie oder Ihre Ärztin / Ihr Arzt eine Verhärtung / Knoten im Bereich der Brust getastet? Nein links rechts

Sind Sie oder waren Sie schon an Brustkrebs erkrankt? Nein links rechts

Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebs? Nein Ja

Wenn ja, wer? _____

Wurden Sie jemals an der Brust operiert? Nein links rechts

Wenn ja, wann? _____

Wenn ja, wo? _____

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Ultraschalluntersuchung der Brust? Nein Ja

Wenn ja, wann? _____

Wenn ja, wo? _____

Nehmen Sie derzeit Hormone? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie noch Ihre Menstruationsblutung (Regelblutung)? Nein Ja

Falls ja, wann hatten Sie Ihre letzte Menstruationsblutung?

Datum: _____

Datum: _____

Unterschrift
Patient: _____

Visum
Sekretariat:

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: _____

Visum
Radiologiefachperson: