



Anamneseblatt Brustzentrum

Aktuell	Ja	Nein	Wenn Ja, seit wann?	rechts	links
Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderungen oder anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsabsonderung aus der Brustwarze? Wenn ja, welche Farbe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Vorgeschichte	Ja	Nein		rechts	links
Hatten Sie schon eine Mammographie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann: _____ Wo: _____		
Nehmen Sie Hormone oder Antihormone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____ Seit wann: _____		
Haben Sie (noch) Monatsblutung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erster Tag der letzten Blutung: _____		
Hatten Sie eine Operation oder Punktion der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen ein Brustkrebs festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Chemotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wurde bei Ihnen ein Eierstockkrebs festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann: _____		

Brustkrebs in der Familie	Ja	Nein	In welchem Alter erkrankt?
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Großmutter, Tante, Cousine, Nichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Männlicher Verwandter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Eierstockkrebs in der Familie	Ja	Nein	In welchem Alter erkrankt?
Mutter, Schwester, Tochter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Großmutter, Tante, Cousine, Nichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Datum und Unterschrift Patientin: _____

