

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

## Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) für die Mammographie

1. Gibt es Veränderungen seit der letzten Untersuchung bei uns? ja  nein

---

2. Haben Sie folgendes an ihrer Brust beobachtet?

Schmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tastbefund	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Veränderung der Haut	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Austritt von Sekret	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

---

3. Wurde bei Ihnen eine Operation an der Brust durchgeführt? ja  nein

Wenn ja wann?

---

4. Krebserkrankung bei Ihnen selbst?

Eierstockkrebs	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Brustkrebs	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja wann?

---

5. Krebsbelastung in der Familie?

Eierstockkrebs	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Brustkrebs	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja bei wem und in welchem Alter?

---

6. Nehmen Sie weibliche Hormone ein, oder wenden diese an? ja  nein

Wenn ja seit wann?

---

7. Wie viele Geburten hatten Sie?

---

8. Haben Sie gestillt? ja  nein