



### Mammographie/ Sonographie

Sehr geehrte Frau ! Um die diagnostische Qualität unserer Untersuchung zu steigern, ersuchen wir Sie höflichst, die folgenden Fragen zu beantworten:

Zutreffendes bitte ankreuzen

	ja	nein
1) Haben Sie Beschwerden in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, welche und seit wann? \_\_\_\_\_

2) Haben Sie einen Knoten (=Verdickung) getastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Bitte zeichnen Sie auf der 2. Seite ein, wo Ihre Beschwerden sind bzw. Sie den Knoten tasten.

3) Hatten Sie schon eine Brustoperation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Falls ja, wann war das und warum wurden Sie operiert? \_\_\_\_\_

Zeichnen Sie bitte auf der Rückseite des Blattes ein, wo Sie operiert wurden.

4) Gibt es in Ihrer Familie bösartige Brusterkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Falls ja, wer? (Mutter, Schwester, Tante, sonstige) \_\_\_\_\_

5) Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

Falls ja, wie viele haben Sie gestillt? \_\_\_\_\_

6) Nehmen Sie Hormonpräparate (Pille, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

7) Frühere gynäkologische Operationen?

<input type="checkbox"/> Gebärmutterentfernung	<input type="checkbox"/> Eierstockentfernung	<input type="checkbox"/> Myome
<input type="checkbox"/> bösartige Tumore	<input type="checkbox"/> Curettage	