

# 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)

	<b>cc:</b> KV mAs kp* A/F** AEK	<b>mlo</b> KV mAs kp A/F Winkel AEK***	<b>ml</b> 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			

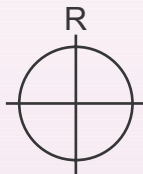
Ultraschall: re  li

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: \_\_\_\_\_