Name:

Geb. Datum:

Anamneseblatt Mammographie

Grund der Untersuchung:
o Kontrolle o Schmerzen o Knoten getastet wo.....

Sind sie schwanger ? o nein o ja

Haben Sie Kinder ? o nein o ja wie viele? .....

Haben sie gestillt? o ja o nein

Haben Sie noch ihre monatliche Regelblutung ? o ja o nein

Nehmen Sie derzeit Hormone (Pille, Hormonspirale, Schilddrüsenhormone ?)

o nein o ja welche ?.....

Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebserkrankungen ?

o nein o ja o mütterlicherseits o väterlicherseits

wer? ....

in welchem Lebensalter? ....

Hatten Sie Operationen?

an der Brust o ja wann..... welche.....
o nein

an der Gebärmutter o ja wann..... welche.....
o nein

an den Eierstöcken o ja wann..... welche.....
o nein

Haben oder hatten Sie bereits eine Strahlentherapie oder Chemotherapie ?
o nein o ja wann..... welche.....