

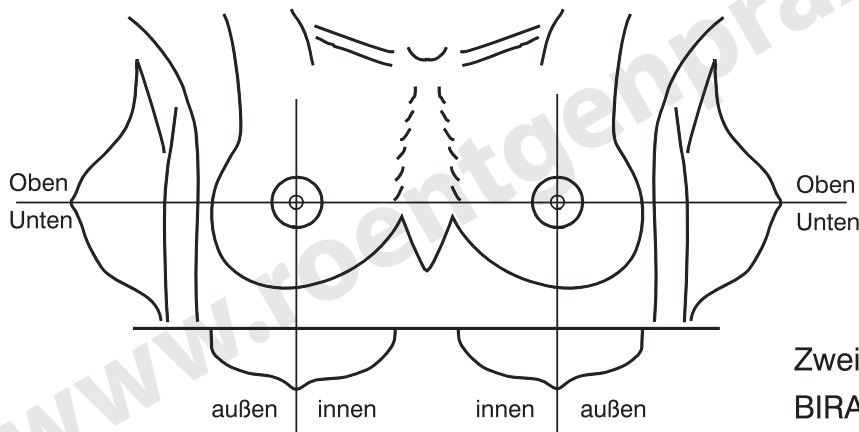
Name: _____ Vorname: _____

Teil 1 - von Patienten auszufüllen - Anamnese

- Heute 1. Mammographie? ja nein
 Wenn nein, Termin der letzten Mammographie: _____
 Wo: _____
- Bekannte familiäre Brustkrebserkrankungen?
 Wer: _____
- Anzahl der Geburten: _____ ; gestillt:
 Wann letzte Geburt: _____
- Hormoneinnahme (z.B. "Pille"/Hormontabletten, Hormonpflaster bzw. -Gel, "3-Monatsspritze")
 Welche: _____ ; seit: _____
- Regelblutung: Eintritt mit _____ Jahren
 Ende mit _____ Jahren
 Termin letzte Regel _____
- Bisherige Operationen Brust
 Wann / Welche: _____ / _____ rechts links
 _____ / _____ rechts links
- Mitbehandlung/Kontrollen durch Brustzentrum (BZOT, ChA Zahm)?
- Unterleibsoperationen: _____
- Grund der Untersuchung / jetzige Beschwerden:

- Einer Anforderung von Voraufnahmen/-befunden stimme ich zu.
- Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Untersuchung ein. _____
Datum/Unterschrift

Teil 2 - vom Arzt auszufüllen - Palpationsbefund



Axillae:

SCG:

Sekretion:

Zweitbefundung

BIRADS:

ACR:

Signum:

Mammæ: