

MR-Mammo Fragebogen

Ihr Untersuchungstermin ist

am um Uhr.

Hatten Sie schon eine Brustuntersuchung?

Mammographie
Sonographie

Nein Ja ➔ wann? _____
 Nein Ja ➔ wann? _____

Hatten Sie schon eine MR- Mammographie?

Nein Ja ➔ wann? _____

Haben Sie Schmerzen in der Brust?

Nein Ja ↓
 einseitig ➔ rechts links
 beidseitig
 regelabhängig

Haben Sie einen Knoten ertastet?

Nein Ja ➔ rechts links

Kommt Sekret aus den Brustwarzen?

Nein Ja ➔ rechts links

Wenn ja, Farbe des Sekrets?

rot braun grün gelb milchig farblos

Letzte Regel am _____

Verwenden Sie derzeit eine hormonelle Verhütungsmethode
oder eine Hormonersatztherapie?

Nein Ja

Haben Sie Brustimplantate?

Nein Ja ➔ wann? _____

Hatten Sie schon eine Brustoperation / Biopsie?
welche Brust?

Nein Ja ➔ wann? _____
 rechts links

Hatten Sie schon eine Strahlentherapie im Brustbereich?

Nein Ja ➔ wann? _____

Hatten Sie schon eine Chemotherapie wegen einer Brusterkrankung?

Nein Ja ➔ wann? _____

In Ihrer **FAMILIE** ist

BRUSTKREBS aufgetreten Nein Ja ↓

Oma ➔ mütterlich väterlich Mutter Schwester Tochter Vater
ungefähr mit welchem Alter: unter 40 J. 40 -50 J. über 50 J.

EIERSTOCKKREBS aufgetreten Nein Ja ↓

Oma ➔ mütterlich väterlich Mutter Schwester Tochter
ungefähr mit welchem Alter: unter 40 J. 40 -50 J. über 50 J.