

Name
Vorname
Geburtsdatum
Untersuchungsdatum

Anamneseblatt

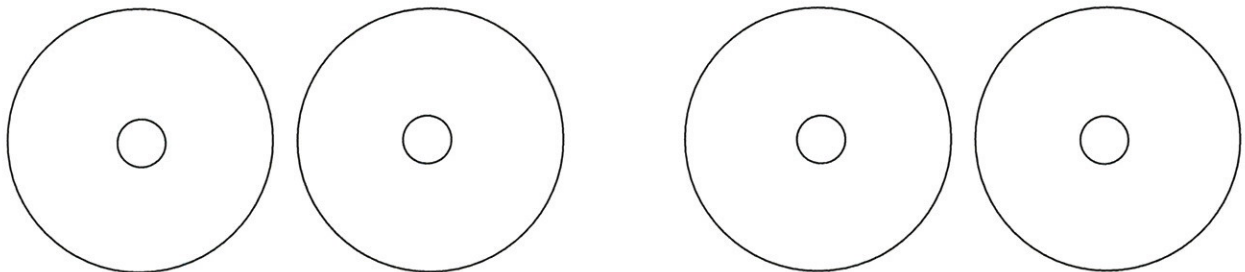
Aktuell		rechts	links	wenn ja, seit wann ?
Schmerzen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knoten ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautveränderungen oder anderes ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flüssigkeitsabsonderung aus der Brustwarze ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie schwanger ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

Vorgeschichte				
Hatten Sie schon eine Mammographie ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann zuletzt ?	Wo ?	
Hatten Sie eine Operation oder Punktion der Brust ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Wann ?	
Haben Sie (noch) eine Monatsblutung ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, erster Tag der letzten Blutung: _____		
Nehmen Sie Hormone oder die Antibabypille ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Was ?	Seit wann ?	
Hatten Sie Geburten ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wieviele ?		
Hatten Sie gestillt ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

In der Familie aufgetreten		Bitte Zutreffendes unterstreichen		
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Mutter, Schwester, Tochter Großmutter, Tante, Cousine, Nichte	Erkrankt mit ____ Jahren	
Eierstockkrebs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Mutter, Schwester, Tochter Großmutter, Tante, Cousine, Nichte	Erkrankt mit ____ Jahren	

Nird vom
Arzt
ausgefüllt

Inspektion und Palpation	Sonographie-Befunde



Prozedere	<input type="checkbox"/> sonographisch	<input type="checkbox"/> stereotaktisch
Präoperative Drahtmarkierung <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Stanzbiopsie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	Vakuumbiopsie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Kontrollempfehlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	MG <input type="checkbox"/> Sono <input type="checkbox"/> in _____ Jahr(en)
MR	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Operation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja