

Untersuchungsdatum: _____

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen:

Patientin/Patient:

Name: _____

Vorname: _____

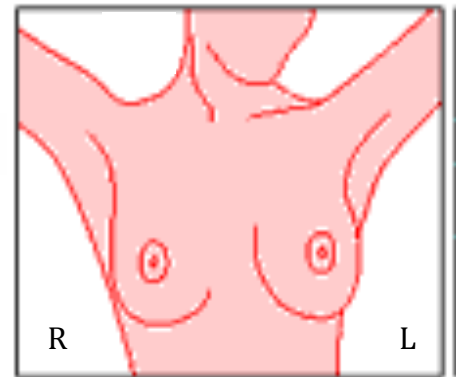
Geburtsdatum: |_____| |_____| |_____| (TT/MM/JJJJ)

GRUND DER UNTERSUCHUNG:

- Zufallsbefund einer Brustveränderung
- Selbst entdeckte Brustveränderungen
- Verlaufskontrolle
- Zuweisung durch andern Arzt oder ein Zentrum: Zentrum/Frau/Herrn Dr. _____
- anderer Grund

BEI BESCHWERDEN BITTE AUSFÜLLEN BZW. ANKREUZEN:

- Veränderungen an der Brust (bitte anzeichnen) →
- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Tastbarer Knoten: | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links |
| <input type="radio"/> Rötungen der Haut: | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links |
| <input type="radio"/> Schmerzhaftes Stellen : | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links |
| <input type="radio"/> Dellen und Verhärtungen der Haut: | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links |
| <input type="radio"/> Äußerlich sichtbare Verformungen: | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links |
| <input type="radio"/> Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze: | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links |
| <input type="radio"/> Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze : | <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links |
| <input type="radio"/> Andere Beschwerden: | _____ | |

**ALLGEMEINE ANGABEN:**

- Gibt es bei Großeltern, Eltern oder Geschwister eine Brusterkrankung? JA NEIN ?
Wer, in welchem Alter? _____
- Haben Sie Ihr/Ihre Kinder gestillt? JA NEIN
Wie lange? _____
- Nehmen Sie Hormonpräparate? JA NEIN
Welche? _____
- Schwerere Vorerkrankungen? (Bsp. Diabetes; Herinfarkt; Krebs; etc.)

- Hatten Sie schon eine Ultraschalluntersuchung der Brust und Mammographie: JA NEIN
Wann war die letzte Untersuchung? _____ (Befund bitte vorlegen)
- Sind Sie an der Brust operiert, oder wurde eine Gewebeprobe entnommen? JA NEIN
Wenn ja, warum? _____ Gutartig Bösartig
Wenn ja, wann? _____ Welche Seite? _____
- Tragen Sie ein Brustimplantat (Silikon, Expander)? JA NEIN
Wenn ja, welches? _____

