

Fragebogen zur Anamnese (Muster)

1. Persönliche Daten

Screening-ID: <input type="text"/>		Screeningdatum: (T T M M J J J J) <input type="text"/>
Nachname	Vorname(n)	frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum: (T T M M J J J J) <input type="text"/>	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer:	weitere Telefonnummern:	

2. Angaben zu Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt ODER Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren?		
Falls JA, bitte ausfüllen:		JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Frauenärztin/-arzt Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Hausärztin/-arzt Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
<i>Falls JA:</i>		
Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt ?		
Innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/>		Vor mehr als 12 Monaten <input type="checkbox"/>
Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?		
Hier im lokalen Screening	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
In einem anderen Screeningprojekt Adresse: _____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Bei einem anderen Arzt/Ärztin Name, Adresse: _____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Dürfen wir dort nachfragen ?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

Sehr geehrte Teilnehmerin,

die Angaben auf der Rückseite helfen uns, Ihre Aufnahmen besser zu beurteilen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Vielen Dank!

4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Falls Ja: in welchem Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
(Angaben zur OP siehe unten)		
Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Falls JA: (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Wurde brusterhaltend operiert? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brust entfernt ? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Sind Brustimplantate vorhanden? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie gegenwärtig Brust-Beschwerden ?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie folgende Auffälligkeiten?		
(Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Knoten tastbar	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Dellen und Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Andere:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: _____ (MTRA)