

Um mögliche Risiken zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen vor der Mammographie:

Patientenaufkleber

Haben Sie Schmerzen in der Brust? Wenn ja! Welche Seite? nein ja → rechts links
Werden Sie nachts von den Schmerzen wach? nein ja, seit _____
Wurde schon einmal eine Mammographie durchgeführt? nein ja, am _____
Wenn ja! Wo? _____
Wurde schon einmal ein Ultraschall der Brust durchgeführt? nein ja, am _____
Wenn ja! Wo? _____
Erste Menstruationsblutung: (Lebensjahr) _____
Letzte Menstruationsblutung: (Lebensjahr bzw. 1. Tag der letzten Regel) _____
Anzahl der Geburten vor dem 30. Lebensjahr: _____
Anzahl der Geburten nach dem 30. Lebensjahr: _____
Anzahl der Fehlgeburten: _____
Dauer der Stillzeiten: _____
Stillen Sie zurzeit? nein ja _____
Ist zum jetzigen Zeitpunkt eine Schwangerschaft sicher ausgeschlossen? Röntgenuntersuchungen können in der Schwangerschaft möglicherweise Schädigungen des Kindes hervorrufen.
 ja weiß nicht nein, Woche _____
Nehmen Sie Hormonpräparate? (z.B. Pille) nein ja, seit _____
Wenn ja! Welches? _____
Wenn ja! Dosierung? _____
Hatten Sie bereits eine schwere Brustentzündung? (Lebensjahr) _____
Wenn ja! Welche Brust? _____
Hatten Sie bereits Operationen an der Brust? nein ja, am _____
Wenn ja! Welche Brust? rechts links
Wenn ja! Welches Ergebnis? _____
Wurde bereits eine Brust bestrahlt? nein ja, bis _____
Wenn ja! Welche Brust? rechts links
Besteht eine familiäre Krebsbelastung? nein ja _____
Wenn ja! Wer? _____ (Welches Organ?) _____

Haben Sie oder Ihr Arzt die Veränderung an der Brust gemerkt? _____
Welche Brust? rechts links Welche Veränderung? _____
Größe der Veränderung? _____ Seit wann? _____
Haben Sie einen Flüssigkeitsaustritt an der Brustdüse bemerkt?
Welche Brust? rechts links Welche Farbe? _____
Zytologisches Ergebnis? _____ Seit wann? _____

-bitte wenden-