

**NAME** .....

**VORNAME** .....

**GEBURTSDATUM** .....

## 1. Klinische Indikation

Bestehen zur Zeit Beschwerden in der Brust? **ja** **nein**

Wenn **ja**, welche? **links** **rechts**

Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten/Tastbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfluss aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Familiäre Indikation

Sind andere Familienmitglieder an Brustkrebs/Eierstockkrebs erkrankt? **ja** **nein**

Wenn **ja**, wer ist in welchem Alter woran erkrankt?  
 (z. B. Mutter, mit 46 Jahren an Brustkrebs, Tante, mütterl., mit 53 Jahren an Eierstockkrebs)

.....

.....

.....

.....

Sind andere Krebsleiden in der Familie bekannt? **ja** **nein**

Wenn **ja**, bitte Art des Tumorleidens und Verwandtschaftsgrad angeben:

.....

.....

.....

.....

## 3. Eigene Anamnese

Sind Sie selbst jemals an der Brust behandelt worden? **ja** **nein**

Wenn **ja**, bitte Seite (re/li), Erkrankung sowie Behandlungsart und -jahr angeben: (z. B. **Brustkrebs**, Fibroadenom, Entzündung, andere gutartige Erkrankung; Monat/Jahr; z. B. OP, Biopsie, Bestrahlung, Brustverkleinerung, Wiederaufbau, Implantate)

.....

.....

.....

## 4. Gynäkologische Anamnese

Erster Tag der letzten Regelblutung:

Könnte zur Zeit eine Schwangerschaft vorliegen? **ja** **nein**

Stillen Sie zur Zeit?

Haben Sie Kinder?

## 5. Medikation/Besonderheiten

Nehmen Sie zur Zeit Hormone/Antihormone ein? **ja** **nein**

Präparat: .....

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente zur Blutverdünnung ein? (**Marcumar**, ASS, Heparin) **ja** **nein**

Präparat: .....

Wurde bei Ihnen ein Portsystem implantiert? **ja** **nein**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator? **ja** **nein**



Datum, Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten