



Radiologie Kapweg

## Fragebogen zu Mammographie und / oder Ultraschall

Bitte beachten Sie: Bei späterer Abholung von Bildern oder schriftlichen Befunden sind wir verpflichtet, Ihren Ausweis zu prüfen. Bei einer Abholung durch Dritte ist eine schriftliche Vollmacht erforderlich.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Sehr geehrte Patientin\*,

bei Ihnen ist heute eine Mammographie und/oder ein Ultraschall der Brust geplant. Zur Befunderstellung und besseren Interpretation benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig aus.

Aus welchem Grund sind Sie zu uns überwiesen worden?

Haben Sie aktuell Beschwerden? Bitte schildern Sie diese:

---

---

Haben Sie noch Ihre Regelblutung / Menstruation?

Ja o

Nein o

Falls ja: Wann war der 1. Tag Ihrer letzten Regelblutung?

Wann und wo wurde die letzte Mammographie durchgeführt?

---

---

**Folgenden Fragebogen nur ausfüllen, wenn Sie zum ersten Mal diese Untersuchung in unserer Praxis erhalten oder sich Veränderungen seit der Voruntersuchung ergeben haben.**

Nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate ein?

Ja o

Nein o

Falls ja: Welches Präparat?

---

---

\* Zur besseren Lesbarkeit sprechen wir Sie an, auch wenn die Untersuchung bspw. bei Ihrem Kind durchgeführt werden soll, und verwenden bei Berufs- oder Personenbezeichnungen teils ausschließlich die maskuline oder feminine Form.

Gibt es in Ihrer Familie Brust- oder  
Eierstockkrebskrankungen?  
Falls ja: Wer, was und in welchem Alter?

Ja o      Nein o

Wurde bei Ihnen eine Mutation gesichert, die Ihr Risiko für  
die Brustkrebsentstehung erhöht?

Ja o      Nein o

Wurde bereits eine Biopsie durchgeführt (eine Gewebeprobe  
entnommen)?  
Falls ja: Welche Seite?  
Falls ja: Wann? Was war das Ergebnis?

Ja o      Nein o

Links o    Rechts o

Wurden Sie bereits an der Brust operiert (auch bei gutartigen  
Veränderungen, Brustumplantate, Reduktionsplastik)?  
Falls ja: Wann? Was genau?

Ja o      Nein o

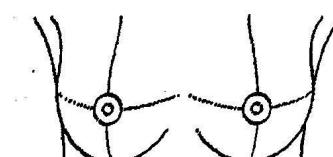
Falls Sie Brustkrebs hatten: Erhielten Sie Chemotherapie,  
antihormonelle Therapie oder wurden Sie bestrahlt?  
Falls ja: Wann? Was genau?

Ja o      Nein o

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?      Unsicher o      Ja o      Nein o

Patientinnen mit kleinen Kindern: Stillen Sie zurzeit?      Ja o      Nein o

**Ggf. Anmerkungen und Notizen des Arztes oder MTR:**



---

---

---

Datum

Unterschrift Patientin oder  
Bevollmächtigter