

## Fragebogen zur Anamnese

### 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 <b>ODER</b> Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren? Falls JA, bitte ausfüllen:		
		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
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	
Falls JA:	
Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt ?	
<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten 12 Monate	..... <input type="checkbox"/> Vor mehr als 12 Monaten
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

<b>Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?</b>	<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)		
<b>Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Falls JA:</b> (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

<b>Haben Sie <u>gegenwärtig</u> Brust-Beschwerden?</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Haben Sie folgende Auffälligkeiten?</b> (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

**Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm gelesen, das ich zusammen mit meiner Einladung erhalten habe.  
Ich bestätige die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.**

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift der Teilnehmerin**

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ (MTRA)