

Fragebogen zur Anamnese Brustsprechstunde

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen und zutreffendes unterstreichen / einkreisen!

Patientendaten



Alter: Jahre Größe: cm Gewicht: kg Beruf:

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder einkreisen bzw. ergänzen.

1 | Wie ist die Auffälligkeit in der Brust wahrgenommen worden?
 Selbstuntersuchung Untersuchung Frauen-/oder Hausarzt Screeningprogramm

2 | Ist eine Mammographie oder andere Diagnostik (MRT, Ultraschall) bereits durchgeführt worden?
 (Bitte Datum und Ort angeben) ja nein

3 | Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?

Herz/Kreislauf: Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, hoher oder niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gefäße: Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Atemwege/Lunge: chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose, Schlafapnoe, Pneumothorax	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leber: Gelbsucht, Hepatitis, Fettleber, Gallensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nieren: erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht, Nierenentzündung, Nierensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Speiseröhre, Magen, Darm: Geschwür, Engstelle, Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechsel: Zuckerkrankheit, Gicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüse: Unter- oder Überfunktion, Kropf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Skelettsystem: Gelenkerkrankungen, Rücken- / Bandscheibenbeschwerden, künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nerven/Gemüt: Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, unruhige Beine (Restless Legs-Syndrom), Depressionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blut: Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergien: Schmerzmittel, Kontrastmittel, Antibiotika, Jod, Pflaster, Latex, Sonstige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere Erkrankungen / Operationen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name: _____

Operationen an der Brust?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sekretion aus der Brust?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinder? (wieviele? Geburtsjahr?) Gestillt? (wie lange?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4 Rauchen Sie? Wenn ja, was und wie viel täglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5 Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wie viel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6 Nehmen Sie Medikamente? (z.B.Blutdruck- /Herzmedikamente, Schmerzmittel, „Antibabypille“,Hormonpräparate, Psychopharmaka, Antidiabetika)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7 Nehmen sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (Aspirin, ASS, Marcumar, Ticlopidin, Clopidogrel, Plavix?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8 Gibt es in Ihrer Familie bösartige Erkrankungen? Wenn ja, bei wem, welche Erkrankung, in welchem Alter erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9 Haben Sie noch regelmäßig Ihre Periode? Wenn ja, wann war der erste Tag Ihrer letzten Blutung (Tag/Monat)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine, bei der durchgeführten Untersuchung erhobenen, Befunde im Rahmen einer interdisziplinären Konferenz für die weitere Empfehlung der Therapie besprochen werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ort, Datum _____	Unterschrift Patient:in _____	Unterschrift Ärzt:in _____
_____ ggf. Betreuer:in / Bevollmächtigte:r		

