

D5 Anamneseerhebungsbogen für die Brustsprechstunde

Version 5

Sehr geehrte:r Patient:in,

wir möchten Sie ganz herzlich zu unserer Brustsprechstunde begrüßen. Ihr betreuende:r Frauenärztin:arzt oder Hausärztin:arzt ist der Meinung, es sollten weitere Untersuchungen Ihrer Brust erfolgen. Um die weiteren Abläufe zu vereinfachen, bitten wir Sie, die nachfolgenden 2 Seiten (Vorder- und Rückseite) auszufüllen.

Name, Vorname: **Geburtsdatum:**

Alter: **Geschlecht:** m w d Größe: cm Gewicht: kg **BH-Größe:**

Telefonnummer: **email:**

Frauenärztin:arzt: Hausärztin:ärztin:.....

Radiolog:in: Beruf:

Grund der Vorstellung in unserer Brustsprechstunde:

.....

Wann war die letzte Mammographie, Brustultraschall, Kernspintomografie der Brust?

.....

Wurden Sie schon einmal an der Brust operiert? Ja ☐ Nein ☐

Ist in Ihrer Familie eine Brust- oder Eierstockkrebserkrankung bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bei wem (Familienmitglied, mütterlicherseits/väterlicherseits, Erkrankungsalter)?

.....

.....

Sind in Ihrer Familie andere bösartige Erkrankungen bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche und bei wem?

.....

Wie oft waren sie schwanger? Wie viele Kinder haben Sie geboren?

Wann hatten Sie Ihre letzte Monatsblutung (Datum od. Jahr)?

Welche Brust-Operationen haben Sie schon gehabt?

.....

Welche anderen Operationen haben Sie schon gehabt?

.....

.....

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie, wenn ja wie viel? Ja ☐ Nein ☐

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

D5 Anamneseerhebungsbogen für die Brustsprechstunde

Version 5

Wenn ja, welche?
.....
.....

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐
(ASS, Marcumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana, Heparin,)

Nehmen Sie die Pille oder eine Hormonersatztherapie? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja welche?

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Herz-Kreislauf-Erkrankung: ☐ Bluthochdruck ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Herzinfarkt
☐ Herzkranzgefäßerkrankung ☐ Herzinsuffizienz ☐ Klappenfehler ☐ Schrittmacher
☐ Schlaganfall ☐ Durchblutungsstörung ☐ Krampfadern ☐ Gerinnungsstörung
☐ Thrombose/Embolie ☐ Sonstige

Stoffwechselerkrankung: ☐ Diabetes mellitus ☐ Hohes Cholesterin ☐ Osteoporose
☐ Schilddrüsen-Über/Unterfunktion ☐ Sonstige

Psychische oder Neurologische Erkrankung: ☐ Depression ☐ Angststörung
☐ Migräne ☐ Chronische Schmerzen ☐ Multiple Sklerose ☐ Epilepsie ☐ Demenz
☐ Sonstige

Infektionskrankheiten: ☐ HIV ☐ Hepatitis ☐ Tuberculose ☐ Sonstige

Organerkrankung: ☐ Lunge ☐ Leber ☐ Niere ☐ Magen/Darm ☐ Sonstige

Frühere Tumorerkrankungen:

Sonstige Angaben:
.....

Versicherungsstatus: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ privat zusatzversichert

Köln, den Unterschrift: