

<b>KTQ:</b> 1.3.1 <b>Version:</b> 3.0 <b>Freigabe:</b> 04.2017	<b>Kapitel: D - Allgemeine Anforderungen an die Behandlung</b>  <b>Dokument: D5</b> <b>Anamneseerhebungsbogen für die Brustsprechstunde</b>	
--	--	---

**Chefarzt: Prof. Dr. med. M. Warm**

Sehr geehrte/r Patientin/Patient,

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: ..... Größe:.....cm Gewicht: .....kg BH-Größe: .....  
Telefonnummer: .....  
Frauenärztin/-arzt: ..... Hausärztin/-arzt: .....  
Radiologe (falls vorhanden): .....

**Grund der Vorstellung in unserer Brustsprechstunde:**

.....  
.....  
.....

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

Wurden Sie schon einmal an der Brust operiert? Ja  Nein

Sind in Ihrer Familie bösartige Erkrankungen bekannt? Ja  Nein

Wenn ja welche u. bei wem?

.....  
.....

Ist in Ihrer Familie eine Brustkrebserkrankung bekannt? Ja  Nein

Wenn ja, bei wem?

.....  
.....

Wie oft waren sie Schwanger? ..... Wie viele Kinder haben Sie geboren? .....

Liegt die erste Geburt nach dem 30. Lebensjahr? Ja  Nein

Haben Sie gestillt? ..... Wenn ja, wie lange?.....Monate

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

Welche gynäkologische Erkrankungen od. Operationen haben Sie schon gehabt?

.....

<b>KTQ:</b> 1.3.1 <b>Version:</b> 3.0 <b>Freigabe:</b> 04.2017	<b>Kapitel: D - Allgemeine Anforderungen an die Behandlung</b>  <b>Dokument: D5</b> <b>Anamneseerhebungsbogen für die Brustsprechstunde</b>	
--	--	---

**Chefarzt: Prof. Dr. med. M. Warm**

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

Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein ? Ja  Nein

(Aspirin, Thomapyrin, Spalt, Marcumar, Pradaxa, Eliquis, ..., )

Nehmen Sie die Pille oder eine Hormonersatztherapie? Ja  Nein

Wenn Ja welche?.....

**Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?**

Bluthochdruck, Ja  Nein

Herzrhythmusstörungen Ja  Nein

Herzschwäche (Herzinsuffizienz) Ja  Nein

Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt? Ja  Nein

Hatten Sie bereits einen Schlaganfall? Ja  Nein

Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung (z.B. Depression)? Ja  Nein

Lungenentzündung/Lungentuberkulose Ja  Nein

Leberentzündung (Hepatitis) Ja  Nein

Magenschleimhautentzündung Ja  Nein

Magen- bzw. Darmgeschwür Ja  Nein

Gerinnungsstörungen Ja  Nein

Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus) Ja  Nein

Nierenerkrankung Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung (Über-, Unterfunktion) Ja  Nein

Gefäßerkrankungen (Krampfadern, Durchblutungsstörungen) Ja  Nein

Frühere Tumorerkrankungen Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

Versicherungsstatus: gesetzlich  privat  privat Zusatzversichert

Köln, den ..... Unterschrift: .....