



**Praxis Damme**

Lindenstr. 3-7 · 49401 Damme (im Krankenhaus St. Elisabeth)  
Telefon: 0 54 91 / 955 800 · www.radiologie-damme.de

**Praxis Bramsche**

Hasestr. 16 · 49565 Bramsche (in den Niels-Stensen-Kliniken)  
Telefon: 0 54 61 / 805 777 · www.radiologie-bramsche.de

**Praxis Lohne**

Franziskusstr. 6 · 49393 Lohne (im St. Franziskus-Hospital)  
Telefon: 0 44 42 / 81 120 · www.radiologie-lohne.de

## Fragebogen zur Mammographie

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Letzte Mammographie ( wann, wo? ): \_\_\_\_\_

Haben Sie Voraufnahmen mitgebracht? Bitte geben Sie sie vor der Untersuchung ab. Ja  Nein

Erste Menstruationsblutung ( Lebensjahr ): \_\_\_\_\_

Letzte Menstruationsblutung ( Lebensjahr/1. Tag der letzten Regel ): \_\_\_\_\_

Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_ Dauer der Stillzeiten: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft möglich? Ja  Nein

Ich stille zur Zeit: Ja  Nein

**Nehmen Sie Hormonpräparate?** Ja  Nein

Welches? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine Brustdrüsenentzündung?** Ja  Nein

Lebensjahr? \_\_\_\_\_ Welche Brust? \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen an der Brust?** Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis rechts: \_\_\_\_\_

Ergebnis links: \_\_\_\_\_

**Wurde eine Brust bestrahlt?** Ja  Nein

Welche Brust? \_\_\_\_\_ Bis wann? \_\_\_\_\_

**Familiäre Brustkrebsbelastung?** Ja  Nein

Wer? Erkrankungsalter? \_\_\_\_\_

**Haben Sie oder Ihr Arzt eine Veränderung an der Brust bemerkt?** Ja  Nein

Welche Brust? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Welche Veränderung? \_\_\_\_\_ Größe? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Flüssigkeitsaustritt an der Brustdrüse bemerkt?** Ja  Nein

Welche Brust? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Farbe: \_\_\_\_\_

Zytologisches Ergebnis? \_\_\_\_\_

Wesentliche Vorerkrankungen? \_\_\_\_\_

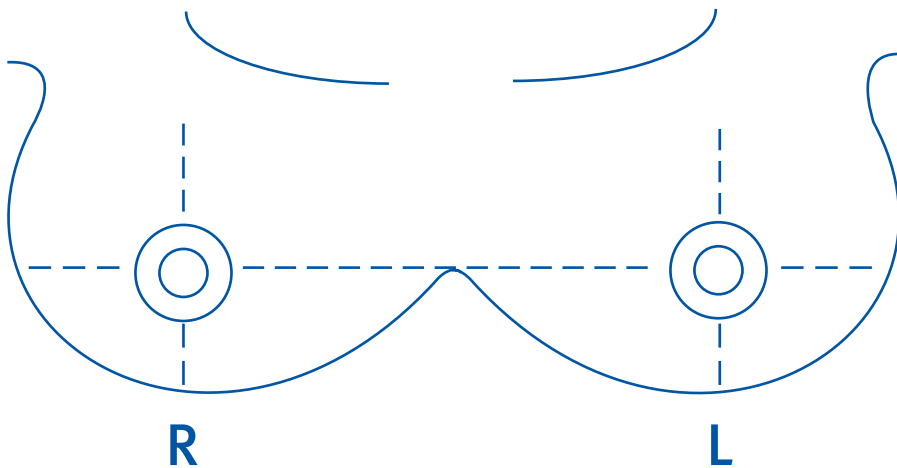
## Klinischer Befund ( nur vom Arzt auszufüllen )

### Tastbefund:

allgemein weiche Brust	<input type="checkbox"/>	fester Drüsenkörper	<input type="checkbox"/>
kleinknotiger Drüsenkörper	<input type="checkbox"/>	großknotiger Drüsenkörper	<input type="checkbox"/>

### zusätzliche Befunde: ( ggf. numerieren )

verschieblicher Knoten	<input type="radio"/>	nicht verschieblicher Knoten	<input checked="" type="radio"/>
invertierte Mamille	<input type="radio"/>	Verhärtung	<input type="radio"/>
Einziehung ( Haut, Mamille )	<input type="checkbox"/>	Narbe	<input type="checkbox"/>
Hautwarze / -veränderung	<input type="radio"/>		



Befund-Nr.:	Größe:	bekannt seit:	Größenänderung: ↓↑ =
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

### LK-Status: