



Name, Vorname: Geb.-Datum:

Telefon / Mobil:

E-Mail:

Liebe Patienten, wir sind verpflichtet, diesen Fragebogen vor jeder Untersuchung neu zu erstellen, obwohl Sie bei uns in der Praxis bekannt sind. Alte Bögen können nicht verwendet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Besteht eine Schwangerschaft? unbestimmt ja nein

2. Bestehen derzeit Beschwerden in der Brust? ja nein

Wenn ja, welche Seite?

3. Besteht oder bestand eine Brustkrebs- oder Eierstockerkrankung in der Familie? ja nein

Wenn ja, bei wem?

4. Ist bei Ihnen bereits eine Mammographie durchgeführt worden? ja nein

Wenn ja, wann?

In welcher Praxis?

5. Wurden Sie schon an der Brust operiert? ja nein

Wenn ja, welche Seite?

Wann?

6. Nehmen Sie Hormone ein? ja nein

7. Wann war Ihre letzte Regel?

Bemerkungen:

Hiermit bestätige ich, die Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich willige in die Untersuchung ein.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient
(ggf. Betreuer/ Sorgeberechtigter)

Durch das ärztliche Personal auszufüllen

Befund:

.....

.....

Rechtfertigende Indikation:

