

**Fragebogen zur Anamnese (Muster)**
**1. Persönliche Daten**

Screening-ID: <input type="text"/>		Screeningdatum: (T T M M J J J J) <input type="text"/>
Nachname	Vorname(n)	frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum: (T T M M J J J J) <input type="text"/>	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer:	weitere Telefonnummern:	

**2. Angaben zu Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt**

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt <b>ODER</b> Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren?		
Falls JA, bitte ausfüllen:		JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Frauenärztin/-arzt Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Hausärztin/-arzt Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

**3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen**

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Falls JA:		
Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt ?		
Innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/>		Vor mehr als 12 Monaten <input type="checkbox"/>
Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?		
NEIN	Hier im lokalen Screening	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>
NEIN	In einem anderen Screeningprojekt	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>
	Adresse: _____	
NEIN	Bei einem anderen Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>
	Name, Adresse: _____	
NEIN	Dürfen wir dort nachfragen ?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/>

Sehr geehrte Teilnehmerin,  
die Angaben auf der Rückseite helfen uns, Ihre Aufnahmen besser zu beurteilen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Vielen Dank!

#### 4. Angaben zu früheren Brustoperationen

<b>Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Falls Ja: in welchem Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
(Angaben zur OP siehe unten)		
<b>Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Falls JA:</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Wurde brusterhaltend operiert? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brust entfernt ? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Sind Brustimplantate vorhanden? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

#### 5. Angaben zu Symptomen

<b>Haben Sie <u>gegenwärtig</u> Brust-Beschwerden ?</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Haben Sie folgende Auffälligkeiten?</b>		
(Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Knoten tastbar	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Dellen und Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Andere:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm gelesen, das ich zusammen mit meiner Einladung erhalten habe.

Ich bestätige die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Teilnehmerin

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ (MTRA)