

## 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="text"/> NEIN <input type="text"/>
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="text"/> JA <input type="text"/> 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="text"/> JA <input type="text"/>
NEIN	In einem anderen Screeningprojekt	<input type="text"/> JA <input type="text"/>
	Adresse: _____	
NEIN	Bei einem anderen Arzt/Ärztin	<input type="text"/> JA <input type="text"/>
	Name, Adresse: _____	
NEIN	Dürfen wir dort nachfragen ?	<input type="text"/> JA <input type="text"/>

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

Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt? ☐ JA ☐ NEIN

Falls Ja: in welchem Jahr       
(Angaben zur OP siehe unten)

Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden? ☐ JA ☐ NEIN

**Falls JA:** (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)

Wurde brusterhaltend operiert? (Jahr der OP:      ) ☐ links ☐ rechts

Wurde eine Brust entfernt? (Jahr der OP:      ) ☐ links ☐ rechts

Sind Brustimplantate vorhanden? (Jahr der OP:      ) ☐ links ☐ rechts

Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt?  
(Jahr der OP:      ) ☐ links ☐ rechts

#### 5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie gegenwärtig Brust-Beschwerden? ☐ JA ☐ NEIN

**Haben Sie folgende Auffälligkeiten?**

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)

Knoten tastbar ☐ links ☐ rechts

Dellen und Verhärtungen der Haut ☐ links ☐ rechts

Äußerlich sichtbare Verformungen ☐ links ☐ rechts

Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze ☐ links ☐ rechts

Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze ☐ links ☐ rechts

Andere: ☐ links ☐ 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)