

**Sehr geehrte Patientin,**

bei Ihnen ist die Durchführung einer **Brustuntersuchung** vorgesehen. Für den optimalen Ablauf dieser Untersuchung benötigen wir noch einige wichtige Informationen.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Haben Sie **Beschwerden** im Bereich der Brust?                      Nein                       Ja

\_\_\_\_\_

Haben Sie selbst eine **Veränderung getastet**?                      Nein                       Ja

Sind Rötungen, Verhärtungen, Ausfluß aus der Brustwarze oder eine Einziehung erkennbar?

\_\_\_\_\_

Wurde bereits **früher eine Röntgenmammographie** bei Ihnen durchgeführt?  
Nein                       Ja

Am \_\_\_\_\_ Praxis Dr. / Krhs. \_\_\_\_\_

Wurden bereits **andere Untersuchungen** der Brust durchgeführt (Ultraschall, Kernspintomographie, Computertomographie, Milchgangsdarstellung?)

Nein                       Ja

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Wurde bereits einmal eine **Punktion** der Brust durchgeführt?  
Nein                       Ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits **an der Brust operiert** (Gewebsentnahme, Einlage eines Implantates)?

Nein                       Ja

Wenn ja, wann, auf welcher Seite und von wem?

---

Kennen Sie das **Ergebnis** der feingeweblichen Untersuchungen?

---

Hatten Sie bereits einmal eine **Entzündung** der Brust?

---

Nehmen Sie zur Zeit ein **Hormonpräparat** ein?                      Nein                       Ja

Wenn ja, welches?

---

Wann hatten Sie Ihre **letzte Regelblutung**?

---

Ist in Ihrer Familie bei Mutter, Schwester, Tante oder Tochter schon **Brustkrebs** vorgekommen?

Nein                       Ja

Wenn ja, bei wem?

---

Leiden sie an **Zuckerkrankheit**?                      Nein                       Ja

Wird Ihre Zuckerkrankheit mit Insulin behandelt?                      Nein                       Ja

Klinischer Befund (wird vom Arzt ausgefüllt)

---

---

---

Datum

Unterschrift Arzt