

Patientenfragebogen für die Brustuntersuchung

Patienten Namen: _____

Soz.Ver.Nr.: _____ Geb.Datum: _____

Sind Sie möglicherweise schwanger? Ja Nein

Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebserkrankungen oder Eierstockkrebserkrankungen? Ja Nein

Bestehen derzeit Beschwerden an Ihrer Brust? Ja Nein

Wenn **JA** welche:

Vorgeschichte:

Wurden Sie jemals an der Brust operiert? Nein Ja

Wenn **JA** bitte folgende Fragen ausfüllen:

Ergebnis der Operation? bösartig gutartig

Welche Seite der Brust wurde operiert? rechts links

Wann hatten Sie die Operation (Jahr)? _____

Unterschrift: _____