



Name, Vorname: Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Letzte Mammografie (wann?/wo?)

Letzte Menstruationsblutung (Lebensjahr bzw. 1. Tag der letzten Regel):

Mögliche Schwangerschaft? ja nein

Anzahl der Geburten **vor** dem 30. Lebensjahr: **nach** dem 30. Lebensjahr:

Haben Sie länger als 3 Monate gestillt? ja nein

Stillen Sie zurzeit? ja nein

Einnahme von Hormonpräparaten,
Sexualhormonen? (Pille/Pflaster/Spritze) ja nein

Dauer der Einnahme:

Name und Dosierung:

Hormonpräparatwechsel? Wann?

Schwere Entzündung der Brustdrüse? ja nein

wenn ja, welches Lebensjahr?

Brusterkrankung in der Familie? ja nein

wenn ja, wer?

Sind Sie bereits an der Brust operiert
worden? (OP, Probenentnahmen etc.) ja nein

wenn ja, welche Seite und mit welchem Ergebnis?



Ist Ihre Brust bestrahlt worden? ja nein

wenn ja, welche Seite und bis wann?

Eigene Krebserkrankungen, speziell Darm,
Gebärmutter, Eierstock? ja nein

wenn ja, welche?

Haben Sie aktuell einen Flüssigkeitsaustritt
aus der Brustdrüse bemerkt? ja nein

wenn ja, welche Seite und wie sah die Flüssigkeit aus?

Haben Sie aktuell Veränderungen der
Brust festgestellt, z. B. Knoten,
Einziehungen, Rötungen? ja nein

wenn ja, was, welche Seite und seit wann?

Verletzungen der Brust, Verkehrsunfall mit
Gurtverletzungen? ja nein

Ich habe keine weiteren Fragen zum Untersuchungsablauf und willige in die vorgeschlagene
Untersuchung ein.

Datum:

Unterschrift: