





2.1.1 (1) IR 5

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Fragen Mammographie / Sonographie:**

Sind Sie schwanger?

Jahr der letzten Mammographie	JAHR	PRAXIS
-------------------------------	------	--------

Jahr bzw. 1. Tag der letzten Menstruationsblutung

Anzahl der Schwangerschaften	
------------------------------	--

Einnahme von Hormonpräparaten, Sexualhormonen

Eigene Krebserkrankung?	JAHR	ORGAN
-------------------------	------	-------

Sind Sie bereits an der Brust operiert worden?	JAHR	SEITE
--	------	-------

Ist Ihre Brust bestrahlt worden?	JAHR
----------------------------------	------

Haben Sie einen Flüssigkeitsaustritt aus der Brust bemerkt?	FARBE	SEITE
---	-------	-------

Gab es Veränderungen oder Verletzungen Ihrer Brust?	BESCHREIBUNG
---	--------------

	SEITE
--	-------

Welche Familienangehörigen sind in welchem Alter an Brustkrebs erkrankt?	
--	--

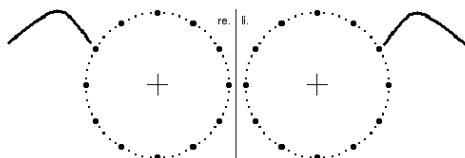
**Untersuchungen:**

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

Tastbefund: \_\_\_\_\_

Befund: \_\_\_\_\_



BI-RADS Sonographie: \_\_\_\_\_ Mammographie: \_\_\_\_\_

Empfehlung: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Arzt