



Zusatzfragebogen MRT Mammae

Name, Vorname: **Geb.-datum:**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

	Ja	Nein
1. Hatten Sie schon einmal eine Mammographie? Wenn ja, wann und wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nehmen Sie Hormonpräparate ein? Wenn ja, was und seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Könnte eine Schwangerschaft bestehen? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wann war Ihre letzte Periode?		
5. Hatten Sie schon einmal ein MRT der Brust? Wenn ja, wann und wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie oder Ihr Arzt eine Veränderung in Ihrer Brust bemerkt? Z. Bsp. Knoten Schwellung, Eindellung, eingezogene Brustwarze, Flüssigkeitsabsonderung? Wenn ja - Welche Seite? Welche Veränderung? Größe? Seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hatten Sie eine Verletzung an der Brust? Wenn ja, wann, welche Seite, Unfallhergang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie bereits eine Bestrahlung oder Operation der Brust? Wenn ja, was, wann, welche Seite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gibt es in Ihrer Familie eine Brustkrebsvorbelastung? Wenn ja, wer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>