

## Zusatzfragebogen MRT Mammæ

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig.

Name, Vorname

Geburtsdatum

### 1 Medizinische Zusatzfragen

| NR. | FRAGE UND ERGÄNZENDE ANGABEN                                                                                                                                                                                                            | 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, welche und seit wann?                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3   | Könnte eine Schwangerschaft bestehen? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4   | Wann war Ihre letzte Periode?                                                                                                                                                                                                           | Datum                    |                          |
| 5   | Hatten Sie schon einmal ein MRT der Brust? Wenn ja, wann und wo?                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6   | Haben Sie oder Ihre Ärztin / Ihr Arzt eine Veränderung in Ihrer Brust bemerkt (z. B. Knoten, Schwellung, Eindellung, eingezogene Brustwarze oder 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 und welcher Unfallhergang?                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8   | Hatten Sie bereits eine Bestrahlung oder Operation der Brust? Wenn ja: was, wann und welche Seite?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9   | Gibt es in Ihrer Familie eine Brustkrebsvorbelastung? Wenn ja, bei wem?                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient