



Zusatzfragebogen MRT Mammea

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, Unfall- hergang?	<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"/>
.....		

Zeitz, den.....

Unterschrift des Patienten