



PATIENTENFRAGEBOGEN UND BEFUNDBOGEN  
MAMMOGRAPHIE / MAMMO-SONOGRAPHIE



Name, Vorname (BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)



Geburtsdatum



**Für die MTRA**

**Besteht eine Schwangerschaft?**

ja  nein

**Besteht eine Brustkrebserkrankung in Ihrer Familie?**

ja  nein

> Wenn ja, wer?

Mutter  Schwester  Tochter  
 Tante  Großmutter

**Besteht eine Eierstockkreberkrankung in Ihrer Familie?**

ja  nein

**Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt?**

ja  nein

> Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie zur Zeit Hormone ein?**

ja  nein

**Sind bei Ihnen Brustoperationen durchgeführt worden?  
(z.B. auch Probeentnahmen?)**

ja  nein

> Wenn ja, wann und wo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben Sie Absonderungen aus der Brustwarze?**

ja  nein

> Wenn ja, welche Seite?  links  rechts

**Ist bei Ihnen schon einmal eine Mammographie erfolgt?**

ja  nein

> Wenn ja, wann (war die letzte)?

\_\_\_\_\_

> In welcher Praxis?

\_\_\_\_\_

**Aus welchem Grund kommen Sie heute zur  
Untersuchung?**

Früherkennung  Nachsorge  
 Beschwerden / Tastbefund:  links  rechts

Ich bin mit der Untersuchung (Mammographie /  
Sonographie) einverstanden.



Ort, Datum, Unterschrift (Patient)

**Für den Arzt:**

Palpation:

