

# Fragebogen zur Anamnese Brustsprechstunde

Bitte vor dem Aufklärungsgespräch ausfüllen und zutreffendes unterstreichen / einkreisen!

Patientendaten



Alter:      Jahre      Größe:      cm      Gewicht:      kg      Beruf:

Bitte Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen oder einkreisen bzw. ergänzen.

1 | Wie ist die Auffälligkeit in der Brust wahrgenommen worden?  
 Selbstuntersuchung  Untersuchung Frauen-/oder Hausarzt  Screeningprogramm

2 | Ist eine Mammographie oder andere Diagnostik (MRT, Ultraschall) bereits durchgeführt worden?  
 (Bitte Datum und Ort angeben)  ja  nein

3 | Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen?

<b>Herz/Kreislauf:</b> Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, hoher oder niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Gefäße:</b> Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Atemwege/Lunge:</b> chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose, Schlafapnoe, Pneumothorax	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Leber:</b> Gelbsucht, Hepatitis, Fettleber, Gallensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Nieren:</b> erhöhte Kreatininwerte, Dialysepflicht, Nierenentzündung, Nierensteine	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Speiseröhre, Magen, Darm:</b> Geschwür, Engstelle, Verdauungsstörungen, Sodbrennen, Refluxkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Stoffwechsel:</b> Zuckerkrankheit, Gicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schilddrüse:</b> Unter- oder Überfunktion, Kropf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Skelettsystem:</b> Gelenkerkrankungen, Rücken- / Bandscheibenbeschwerden, künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Nerven/Gemüt:</b> Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, unruhige Beine (Restless Legs-Syndrom), Depressionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Blut:</b> Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Allergien:</b> Schmerzmittel, Kontrastmittel, Antibiotika, Jod, Pflaster, Latex, Sonstige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>andere Erkrankungen / Operationen?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name: \_\_\_\_\_

<b>Operationen an der Brust?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Sekretion aus der Brust?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Kinder?</b> (Wie viele? Geburtsjahr?) <b>Gestillt?</b> (Wie lange?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4 <b>Rauchen Sie?</b> Wenn ja, was und wie viel täglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5 <b>Trinken Sie Alkohol?</b> Wenn ja, was und wie viel?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6 <b>Nehmen Sie Medikamente?</b> (z.B.Blutdruck- /Herzmedikamente, Schmerzmittel, „Antibabypille“,Hormonpräparate, Psychopharmaka, Antidiabetika)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7 <b>Nehmen sie gerinnungshemmende Medikamente ein?</b> (Aspirin, ASS, Marcumar, Ticlopidin, Clopidogrel, Plavix?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8 <b>Gibt es in Ihrer Familie bösartige Erkrankungen?</b> Wenn ja, bei wem, welche Erkrankung, in welchem Alter erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9 <b>Haben Sie noch regelmäßig Ihre Periode?</b> Wenn ja, wann war der erste Tag Ihrer letzten Blutung (Tag/Monat)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine, bei den durchgeführten Untersuchungen erhobenen, Befunde im Rahmen einer interdisziplinären Konferenz für die weitere Empfehlung der Therapie besprochen werden.

 ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass das Klinikum ein so genanntes Follow-up (Nachsorge) durchführt. Das bedeutet, dass sowohl Ihr niedergelassener Arzt / Ärztin als auch Sie als Patientin angeschrieben und gebeten werden, Informationen über die langfristigen Ergebnisse der Behandlung mitzuteilen.

 ja  nein

 \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in

 \_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärzt:in

 \_\_\_\_\_  
ggf. Betreuer:in / Bevollmächtigte:r