

## Fragebogen zur Anamnese

Bitte aufmerksam lesen und ausfüllen!

**ABC**  
**Ambulantes BrustCentrum**  
**Praxis Dr. M. Danaei**

Theaterplatz 6  
52062 Aachen

Name: .....	Geburtsdatum: .....
Vorname: .....	Telefonnummer: .....
Straße: .....	Krankenkasse: .....
PLZ/Ort: .....	Überweisender Arzt: .....

<b>Letzte Voruntersuchungen:</b>	<input type="checkbox"/> Mammografie, wann? .....	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Ultraschall der Brust, wann? .....	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> MRT der Brust, wann? .....	<input type="checkbox"/> nein

<b>Familienanamnese:</b>	
Ist Brustkrebs oder Eierstockkrebs in der Familie bekannt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wer und in welchem Alter?	
<input type="checkbox"/> Mutter: .....	<input type="checkbox"/> Großmutter (mütterlicherseits): .....
<input type="checkbox"/> Schwester: .....	<input type="checkbox"/> Großmutter (väterlicherseits): .....
<input type="checkbox"/> Tante: .....	<input type="checkbox"/> andere: .....

<b>Eigenanamnese:</b>	
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unsicher	
Wann war die letzte Menstruationsblutung? .....	
Haben Sie Kinder geboren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Kinder: ..... Haben Sie gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Verhüten Sie mit einer Pille? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, .....	
Hormonersatztherapie in den Wechseljahren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, .....	

<b>Sind Erkrankungen bei Ihnen bekannt?</b>	
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Eierstockkrebs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, .....
Gynäkologisch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, .....
Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, .....
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, .....
Thrombose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, .....
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, .....
Magen-Darm	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, .....

<b>Wurden Sie schon einmal operiert?</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja    Woran und wann? ..... ..... ..... .....

<b>Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja ..... ..... ..... .....

Datum und Unterschrift:

.....