

Name: _____, geb.: _____

Haben Sie derzeit Beschwerden in der Brust?

ja

nein

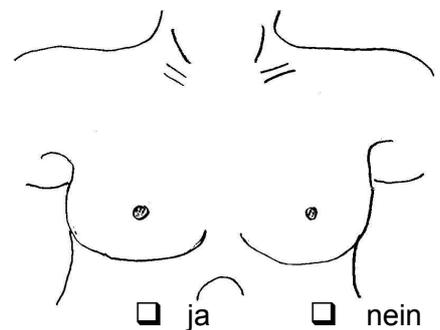
seit wann: _____

welche Beschwerden: _____

Wo? Bitte zeichnen Sie ein:

rechts

links



ja

nein

Hatten Sie schon eine Brustoperation?

in welchem Alter? _____

welche Seite? _____

- gutartig Brustverkleinerung
 Brustkrebs (Mammakarzinom)

- Implantat

Hatten Sie eine Nachbehandlung?

- Bestrahlung Chemotherapie

- Anti-Hormontherapie

Ist in Ihrer Familie Brustkrebs aufgetreten?

ja

nein

Wer, in welchem Alter: _____

Haben Sie Kinder geboren/gestillt?

ja

nein

Wann war Ihre letzte Periode (Monat): _____

Seit wann sind Sie in der Menopause? (Jahr angeben): _____

Nehmen Sie derzeit Hormone (Pille etc...)?

ja

nein

**Hatten Sie oder jemand in Ihrer Familie
Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)?**

ja

nein

Wer, in welchem Alter? _____

Datum

Unterschrift