

Ärztliche Anmerkungen:	
T	<input type="checkbox"/>
P	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>

Fragebogen für die Untersuchung der Brust

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Menopause (seit wann?) _____

Nehmen Sie Hormone? (Antibabypille, hormonelle Ersatzbehandlung) Ja Nein

Seit wann? _____

Wurden Sie jemals an der Brust operiert?

Ja Nein Biopsie

gutartig bösartig

Chemotherapie Bestrahlung

Implantate Ja Nein

Brustkrebs in der Familie?

Familienmitglied und Erkrankungsalter

Haben Sie Beschwerden?

	rechte Brust	linke Brust	seit wann?
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brustvergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rötung <input type="checkbox"/> Einziehung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
milchig <input type="checkbox"/> wässrig <input type="checkbox"/>			
grünlich <input type="checkbox"/> rötlich/braun <input type="checkbox"/>			