

Anamnesefragebogen Brustzentrum Sprechstunde (FB)

(Barcode-Etikett)

Frauenarzt, Adresse: _____

Hausarzt, Adresse: _____

Radiologie/Zentrum: _____

Wir bitten Sie uns folgende Fragen zu beantworten:

Jetzige Beschwerden/Grund der Vorstellung: _____

Letzte Mammographie, wann und wo: _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Brust-Operation durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wann und wo? _____

Besteht bei Ihnen eine Brustkrebserkrankung? Ja ☐ Nein ☐

Besteht eine familiäre Brustkrebs- oder Eierstockbelastung? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bei wem und wann war die
Erkrankung? _____

Besteht bei Ihnen eine gynäkologische Tumorerkrankung? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie schon einmal gynäkologisch operiert? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, was? _____

Letzte Regelblutung? _____

Haben Sie Kinder? Ja ☐ Nein ☐

Anamnesefragebogen Brustzentrum Sprechstunde (FB)**Allgemeinanamnese****Ist bei Ihnen ein der folgenden Erkrankungen bekannt?**

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck (Hypertonie) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Herzrhythmusstörungen (Arrhythmie) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Herzschwäche (Herzinsuffizienz) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Schlaganfall (Apoplex) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Lungenentzündung (Pneumonie) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Leberentzündung (Hepatitis) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Magenschleimhautentzündung (Gastritis) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Magengeschwür (Ulcus ventriculi) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Störungen der Blutgerinnung (z. B. Thrombose/Embolie) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Darmgeschwür (Ulcus duodeni) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Nierenerkrankung | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Schilddrüsenerkrankung (Hypo- bzw. Hyperthyreose) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Gefäßerkrankung (Varizen, Durchblutungsstörungen der Beine) | Ja ☐ | Nein ☐ |
| Operationen (nicht gynäkologisch): | Ja ☐ | Nein ☐ |

Wenn ja, welche _____

Sind Allergien bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? Ja ☐ Nein ☐Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐Zigaretten /Tag

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

SARS-CoV-2 Impfschutz: Ja ☐ Nein ☐

Anamnesefragebogen Brustzentrum Sprechstunde (FB)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, welche und wie oft:

Name des Medikamentes	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Ich bin damit einverstanden, dass Daten bezüglich meiner Erkrankung anonymisiert an ein Krebsregister bzw. eine Institution zur Qualitätskontrolle weitergegeben werden:

Ja ☐

Nein ☐

Ich bin mit der Verwendung meiner Daten, Bilder und Gewebe in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke einverstanden:

Ja ☐

Nein ☐

Ich bin einverstanden, dass ich zur Erhebung von Verlaufsdaten vom Brustzentrum der LMU-München Großhadern/Innenstadt schriftlich oder telefonisch kontaktiert werde:

Ja ☐

Nein ☐

Telefon privat

Telefon Handy.....

Telefon Arbeit.....

E-Mail-Adresse.....

München, den.....

Unterschrift der Patientin.....