# Radiologie am Schlössle

**Dr. H. Leibersperger-Dr. U. Knust-Dr. Dipl.-Phys. L. Fauser**
**Dr. M. Deinzer & Kollegen**

## Fragebogen Mammographie

**Name, Vorname**: _____ **Untersuchungsdatum:**_____

**Geburtsdatum:**_____

- **Letzte Mammographie:**

  Wann? _____

  Wo? _____

- **Letzte Menstruationsblutung (Lebensjahr / 1. Tag der Periode):**

  _____

- **Sind Sie schwanger?** o ja o nein

- **Wurde bei Ihnen eine Brustoperation bzw. eine Gewebeentnahme durchgeführt?**

  Rechts: wenn ja, wann? _____ Ergebnis: o gutartig
  o bösartig

  Links: wenn ja, wann? _____ Ergebnis: o gutartig
  o bösartig

- **Wurde eine Bestrahlung durchgeführt?**

  Welche Brust? _____

  Wann? _____

- **Familiäre Brustkrebsbelastung?**

  Wer?_____

- **Haben Sie oder Ihr Arzt eine Veränderung an der Brust getastet?**

  Welche Seite?_____

**Einverständnis Patient:** _____