



Brustdiagnostik

Anamnesebogen (nur für Männer!)

Bitte aufmerksam lesen und ausfüllen

Name: Geb.-Datum:

Vorname: Telefonnummer:

Straße : Krankenkasse:

PLZ/ Ort: Überweiser:

Familien-Anamnese: Ist Brustkrebs in der Familie bekannt? ja nein

Wenn ja, wer und in welchem Alter?

Mutter: Großmutter (mütterlicherseits)

Schwester: Großmutter (väterlicherseits):

andere:

Eigen-Anamnese: Ist bei Ihnen eine **Erkrankung** folgender Organe bekannt?

	Welche und seit wann?	Operation?	
<input type="checkbox"/> Prostata	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Hoden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Nebennieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Hirnanhangsdrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Beschwerden/Veränderungen der Brust?

.....
.....
.....
.....

Wie sind Sie auf unser Diagnostisches Brustzentrum Tempelhof aufmerksam geworden?

Überweisung

Empfehlung

Zeitung

Telefonbuch

Internet

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Ärztliche Anmerkungen

.....
.....
.....
.....
.....