



Mammografie

Patientenfragebogen

Wir bitten Sie um folgende Angaben:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen? nein ja

Nehmen sie Hormonpräparate ein? nein ja

Wurde eine Brust operiert und/oder bestrahlt? nein ja

Wenn ja, welche Seite und wann: _____

Haben Sie Silikonimplantate? nein ja

Haben Sie selbst Veränderungen an einer Brust bemerkt? (Tastbefund, Hautveränderungen, Sekretion aus der Brustwarze) nein ja

Datum und Ort der letzten Mammografie/Mammasonografie:

Familienanamnese: Ist in Ihrer Familie Brust- oder Eierstockkrebs bekannt? nein ja

Wenn ja, wer (inklusive Alter bei Erstdiagnose): _____

Folgende Fragen nur beantworten, falls Brust- oder Eierstockkrebs in Ihrer Familie bekannt ist:

Grösse (cm) _____ und Gewicht (kg) _____

Alter der ersten Periode: _____

Alter bei Geburt des ersten Kindes (falls zutreffend): _____

Alter Menopause (falls zutreffend): _____

Genetische Testung selbst oder in Familie erfolgt: nein ja

Vielen Dank!

Sollten Sie Fragen haben,
sprechen Sie uns bitte ungeniert an.

Kontakt

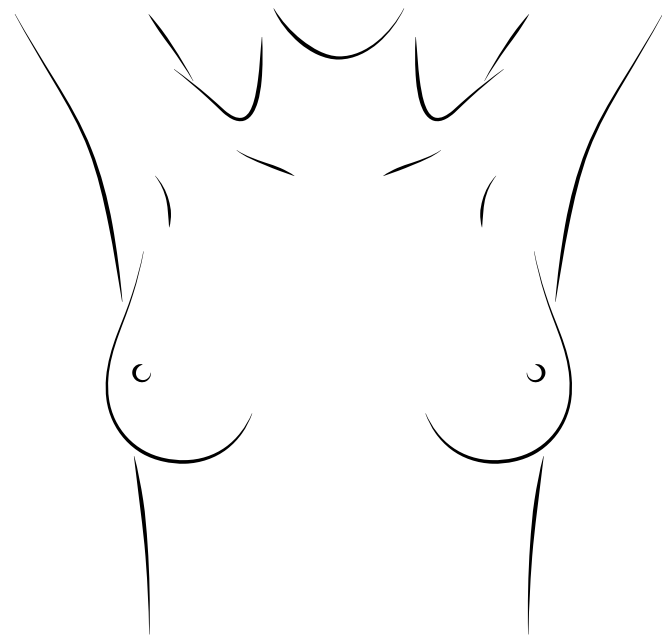
Gesundheitszentrum Fricktal AG
Radiologie

Spital Rheinfelden

Riburgerstrasse 12
4310 Rheinfelden
T + 41 (0)61 835 65 17
radiologie.rheinfelden@gzf.ch

Von der Röntgenfachperson auszufüllen

Hautveränderungen, Narben, Tastbefunde:



Basismammografie: nein ja

Routinekontrolle: nein ja

Datum, Unterschrift _____

Kontakt

Gesundheitszentrum Fricktal AG
Radiologie

Spital Laufenburg

Spitalstrasse 10
5080 Laufenburg
T + 41 (0)62 874 53 35
radiologie.laufenburg@gzf.ch