

Brustdiagnostik Anamnesebogen

Mariendorfer Damm 26
12109 Berlin-Tempelhof

(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?

Prostata

Hoden

Leber

Herz

Nieren

Nebennieren.....

Schilddrüse.....

Hirnanhangsdrüse.....

Lunge.....

Operation?

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja nein

ja 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

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