



Patientin Name, Vorname _____ Datum: _____

Aktuelle Telefonnummer/Handy-Nr.: _____

Liebe Patientin,

bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen, um einen reibungslosen Ablauf in der Sprechstunde zu gewährleisten. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Hat jemand in Ihrer Familie Brustkrebs oder Eierstockkrebs?

nein ja; Wer?

Hatten Sie bereits eine Brustoperation?

nein ja; Wann und Weshalb?

Haben Sie Kinder geboren?

nein ja; Wieviele?:

Wann war die letzte Periode?Zykluslänge:Tage.....

Nehmen Sie Hormone ein (Pille, Hormonersatztherapie)?

nein ja; Welche?:

Liegen bzw. lagen bei Ihnen **besondere Erkrankungen** bzw. Operationen, wie z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzschwäche, Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher, Stenteinlage, Asthma, Lungenentzündung, Nierenfunktionsstörung, Schilddrüsenerkrankung, Hepatitis, HIV, Thrombose, Embolie

nein ja; Welche?:

Schnarchen Sie?

nein ja; Benutzen Sie in der Nacht eine Atemhilfe? nein ja

Sind Sie zuckerkrank?

nein ja; Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie in den letzten Tagen Aspirin (Acetylsalicylsäure, ASS) oder ein aspirinhaltiges Medikament (Godamed, Spalt, Thomapyrin o.a.) eingenommen?

nein ja; Wann zuletzt?

Nehmen Sie ein blutverdünnendes Medikament z.B. Marcumar/Xarelto/Pradaxa o.ä. ein?

nein ja; Welches?

Wurde bei Ihnen bereits eine Mammographie durchgeführt?

nein ja; Wann zuletzt?

Bestehen bei Ihnen Allergien?

nein ja; Welche?

Aufnahmescreening MRSA und MRGN siehe Dok.-Nr. 23765