



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**