

## Mammographie

Dr. med. A. Packebusch  
FÄ für Radiologie

Untersuchung am:

-----  
**Name:** ..... **Vorname:** ..... **geb. am** .....

Telefon-Nr.: .....

### Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Letzte Mammographie Datum: .....  
wo/ welche Praxis: .....
2. Erste Menstruationsblutung? Lebensjahr: .....
3. Letzte Menstruationsblutung? Lebensjahr: .....  
bzw. erster Tag der letzten Regel .....
4. Anzahl der Geburten: - vor dem 30. Lebensjahr: .....  
- nach dem 30. Lebensjahr: .....
5. Dauer der Stillzeiten .....
6. Anzahl der Fehlgeburten / Unterbrechungen: F ..... U ....
7. Nehmen Sie Hormonpräparate? (Pille) welche: .....  
seit wann: .....
8. Hatten Sie bereits Operationen an der Brust?  
wann: .....  
welche Seite: .....
9. Hatten Sie früher Brustentzündungen?  
wann: .....  
welche Seite: .....
10. Wurde eine Brust bestrahlt? wann: .....  
welche Seite: .....
11. Hatten Sie gynäkologische Operationen?  
wenn ja – welche: .....  
.....
12. Familiäre Krebsbelastung  
wer ..... welches Organ: .....  
.....

13. Persönliche  
Vorerkrankungen

.....

.....

.....