



#### 4. Angaben zu früheren Brustoperationen

<b>Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Falls Ja: in welchem Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
(Angaben zur OP siehe unten)		
<b>Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Falls JA:</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Wurde brusterhaltend operiert? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brust entfernt ? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Sind Brustimplantate vorhanden? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt? (Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

#### 5. Angaben zu Symptomen

<b>Haben Sie <u>gegenwärtig</u> Brust-Beschwerden ?</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<b>Haben Sie folgende Auffälligkeiten?</b>		
(Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Knoten tastbar	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Dellen und Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Andere:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

---

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ (MTRA)