

Datum der Anamnese: \_\_\_\_\_ (bitte heutiges Datum eintragen)

**Allgemeine Angaben:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

**Angaben zum Lebensstil:**

Besteht regelmäßiger Alkoholkonsum:  Ja  Nein

Falls ja:

Art des Alkohols	Häufigkeit			Anzahl
	täglich	wöchentlich	monatlich	
Glas Wein (125 ml)				
Glas Bier (568 ml)				
Flasche Bier (330 ml)				
Alkoholische Mixgetränke (275 ml)				
Hochprozentige Getränke z.B. Gin, Wodka (25 ml)				

**Fragen zur Periode und zu den Wechseljahren:**

Alter bei der ersten Periode: \_\_\_\_\_ Jahre

Einnahme von oralen Kontrazeptiva (z.B. Anti-Baby-Pille, Dreimonatsspritze, Gestagenimplantate, Hormonspirale)?

- Ja Dauer der Einnahme: \_\_\_\_\_ Jahre
- Nein

Wenn ja, haben Sie die Pille in den letzten zwei Jahren eingenommen?

- Ja  Nein

Hat Ihre Periode bereits vollständig aufgehört?

- Ja, im Alter von: \_\_\_\_\_ Jahren  Nein

Haben Sie wegen der Wechseljahre jemals eine Hormonersatztherapie (HET) angewendet?

- Ja Therapiedauer: \_\_\_\_\_ Jahren
- Nein

Wenn ja, haben Sie in den letzten 5 Jahren eine HET angewendet?

- Ja  Nein
- Art des Hormonersatzpräparates:
  - Alleinige Östrogentherapie (Monotherapie)
  - Kombinationstherapie (Östrogen/Gestagen)
  - Unbekannt

**Brustkrebsfrüherkennung**

Ist bereits im Vorfeld bei Ihnen eine Mammografie-Untersuchung der Brust erfolgt?

- Ja
- Nein

Wurde Ihnen bei einer Untersuchung der Brust (Mammografie/Sonografie) die Brustdichte mitgeteilt?

- Ja
- Nein

Wurde der Anteil von Drüsengewebe mittels ACR gemessen?

- Ja
- Nein

Falls ja, wie war das Ergebnis?

- ACR A (< 25 % Drüsengewebe, überwiegend Fettgewebe)
- ACR B (25 bis 50 % Drüsengewebe, eingestreute Gebiete fibroglandulärer Dichte)
- ACR C (50 bis 75 % Drüsengewebe, inhomogen dichtes Brustgewebe)
- ACR D (> 75 % Drüsengewebe, extrem dichtes Brustgewebe)

Falls in Ihrem Befund unter ACR eine Zahl und ein Buchstabe angegeben sind, wählen Sie nur den Buchstaben aus.

**Medizinische Anamnese**

Wurde bei Ihnen eine Endometriose diagnostiziert?

- Ja
- Nein

Wurde bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt?

- Ja
- Nein

Erfolgte bei Ihnen bereits eine beidseitige Ovariectomie (Entfernung der Eierstöcke)?

- Ja
- Nein

Erfolgte bei Ihnen bereits eine beidseitige Mastektomie (Brustdrüsenentfernung)?

- Ja
- Nein