

BRUSTKREBS RISIKO-CHECKLISTE

Liebe Patientin,
lieber Patient,

Sie sind interessiert sich über Ihr Brustkrebsrisiko zu informieren. Dann füllen Sie diese Checkliste aus und vereinbaren Sie anschließend einen Hausarzttermin. Danach erfolgt - falls erforderlich - eine ausführliche Anamnese und klinische Untersuchung.

Präventive Maßnahmen, insbesondere die Vermeidung bestimmter Risikofaktoren werden erläutert.

Abhängig vom Befund, der Risikogruppe und den persönlichen Bedürfnissen, erfolgt eine weitere ärztliche Mitbetreuung.

Dr. med. Ph. Veeckman
Hausarzt | Chirurg | Herzchirurg
Devrientstr. 4
76185 Karlsruhe

Termin nach Vereinbarung
Mobil: 0151 / 57857871
Fax: 0721 / 8303129
info@medivisit-ka.de
www.medivisit.de

Vorname: _____	Nachname: _____
Straße: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon: _____	Fax: _____
Mobil: _____	E-Mail: _____
Geb.-Dat.: _____	Krankenkasse: _____

1. Familiäre Risikofaktoren - haben Sie:

- Verwandte ersten Grades mit Brustkrebs.
- Verwandte ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 36. Lebensjahr.
- Zwei Verwandte haben Brustkrebs, mindestens eine ist vor dem 51. Lebensjahr erkrankt.
- Drei Verwandte sind an Brustkrebs erkrankt, unabhängig vom Erkrankungsalter.
- Ein Verwandte/er ist beidseitig an Brustkrebs erkrankt, wobei die erste Erkrankung vor dem 51. Lebensjahr aufgetreten ist.
- Eine Frau in Ihrer Familie ist an Brustkrebs und Eierstockkrebs erkrankt.
- Ein Verwandte/er ist an Brustkrebs erkrankt und eine Verwandte ist an Eierstockkrebs erkrankt.
- Eine Frau in Ihrer Familie ist an Eierstockkrebs erkrankt und ein Verwandter ist an Brustkrebs erkrankt.
- Ein Mann und eine Frau in Ihrer Familie sind an Brustkrebs erkrankt.
- Zwei oder mehr Frauen in Ihrer Familie sind an Eierstockkrebs erkrankt.

2. Persönliche Risikofaktoren:

In welchem Alter war die erste Regelblutung?

In welchem Alter war die letzte Regelblutung?

Wieviel Schwangerschaften haben Sie ausgetragen?

Haben Sie Ihre Kinder gestillt?

ja nein

Haben Sie Hormonersatzmedikamenten wegen Wechseljahrenbeschwerden eingenommen?

ja nein

Datum:

Unterschrift Patient/in:

