



by Energetic Health Systems

Naam:

geb. Datum:

BSN Nr:

Wilt u onderstaande lijst meenemen naar het onderzoek?

Vragen ten aanzien van borstkanker			
Heeft een naast familielid borstkanker gehad?		JA	NEE
Heeft u de diagnose borstkanker gehad?		JA	NEE
Heeft u borstaandoeningen gehad, zoals cystes of mastopathie		JA	NEE
Heeft u een biopsie of operatie gehad aan één of beide borsten?		JA	NEE
Heeft u plastische chirurgie gehad? Verkleining of implantaten		JA	NEE
Heeft u het afgelopen jaar een mammogram laten maken?		JA	NEE
Heeft u in de afgelopen 5 jaar een mammogram laten maken?		JA	NEE
Hoeveel mammogrammen heeft u laten maken?		JA	NEE
Heeft u meer dan 1 jaar de pil geslikt?		JA	NEE
Heeft u baarmoederhalskanker gehad?		JA	NEE
Heeft u hormoontherapie gehad?		JA	NEE
Heeft u in de afgelopen week een behandeling gehad aan uw gebit?		JA	NEE
Rookt u?	ja/nee	afgelopen jaar? ja/nee	afgelopen 5 jaar? ja/nee

Vragen over de borsten	borst links	borst rechts
Pijn, zeurend of stekende pijn		
Voelt u knobbels?		
Verandering in grootte van de borst, of kuiltjes en verkleuringen?		
Hoe is het met de tepels? Ingetrokken, vochtuitscheiding?		
In geval van borstkanker:		
Type kanker: Lokaal ja/nee	uitgezaaid ja/nee	lymfe aangetast ja/nee
Wanneer was de diagnose? Maand en jaar?		
Is er een behandeling geweest?		
Geef op de kaart aan waar de kanker zich bevond		
Geef op de kaart aan waar de punctie plaatsvond		
Geef op de kaart aan waar de operatie plaatsvond		
Behandeling: operatie ↓ chemo ↓ bestraling ↓ anders ↓ geen ↓		

