

Vragenlijst Borstonderzoek



**Medische
Thermografie**

Geachte heer, mevrouw

Wilt u onderstaande lijst meenemen naar het onderzoek?

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

E-mail:

Vragen over de borsten:	Links	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? vocht uitscheiding?,		
Is er verschil in borstomvang? Normaal voor u of sinds kort?		
Wanneer was de laatste menstruatie? Maand/ jaar		
Vragen ten aanzien van borstkanker:		
Heeft een naast familielid borstkanker gehad (moeder, oma, zus dochter)	Ja	Nee
heeft u diagnose borstkanker gehad?	Ja	Nee
in geval van borstkanker:		
Type kanker: Lokaal ja/nee Uitgezaaid ja/nee Lymfe aangetast ja/nee		
Wanneer was de diagnose? Maand/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		
Heeft u een biopsie of operatie gehad aan een of bij de borsten?	Ja	Nee
Heeft u plastische chirurgie gehad? Verkleining of implantaten?	Ja	Nee
heeft u borstaandoeningen gehad, zoals cystes of mastopathie?	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?		
Wanneer was de laatste mammogram? Maand/jaar		
Hoe oud was u met de eerste mammogram en wat was de reden?		
Heeft u meer dan 5 jaar de pil geslikt of een Mirena spiraal gebruikt?	Ja	Nee
heeft u een baarmoeder of eierstok operatie gehad?	Ja	Nee
Zo ja, wat en wanneer?		
Heeft u hormoontherapie gehad? (IVF of overgangsklachten)	Ja	Nee
Heeft u een behandeling gehad aan uw gebit afgelopen week?	Ja	Nee
Wortelkanaalbehandeling, kronen / bruggen, implantaten, tandvleesproblemen?	Ja	Nee
Zo ja, welke?		

Bent u in verwachting geweest, en zo ja hoeveel voldragen zwangerschappen?		
Heeft u borstvoeding gegeven?	Ja	Nee
Zijn er problemen geweest tijdens de borstvoeding?	Ja	Nee
Zo ja, welke		
Rookt u? Ja/nee Afgelopen jaar? Ja/nee Afgelopen 5 jaar? Ja/nee		
Gebruikt u medicatie? Zo ja, welke?		
Gebruikt u supplementen? Zo ja, welke?		
Wat wilt u graag toevoegen?		

