

## Vragenlijst Borstgezondheidsonderzoek

Neem deze ingevulde lijst svp mee naar je onderzoek.

Happy  
Healthcare



Naam

Geboortedatum

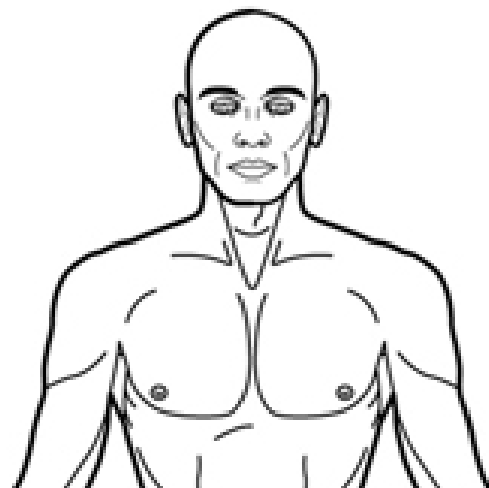
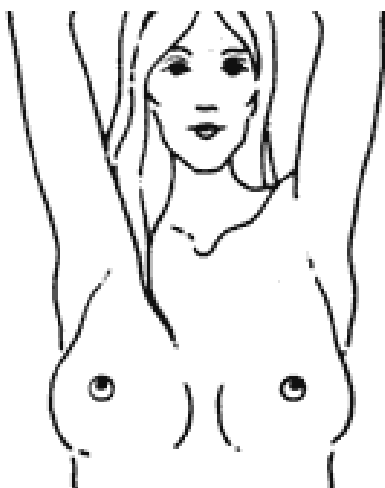
Tel

Email

Vragen over de borsten	Linkerborst	Rechterborst
Pijn, zeurend of stekende pijn		
Voel je knobbels?		
Verandering in grootte van de borst, of kuiltjes en verkleuringen?		
Hoe is het met de tepels? Ingetrokken, vochtuitscheiding?		
Is er verschil in borstomvang? Is dat normaal zo, of pas of sinds kort?		

Vragen over borstkanker		
Heeft een naast vrouwelijk familielid (moeder, oma, zus, dochter) borstkanker gehad?	Ja	Nee
Heb jij zelf de 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 en jaar?		

Ben je behandeld?
Geef op het kaartje hieronder aan waar de punctie plaatsvond
Geef op het kaartje hieronder aan waar de operatie plaatsvond
Behandeling:   operatie   chemo   bestraling   anders   geen



Happy Healthcare Zelfzorgverlening & Lichaamsthermografie | Vermeerstraat 1, 5301 VC Zaltbommel

T 06 11240681 | E [welkom@happyhealthcare.nl](mailto:welkom@happyhealthcare.nl) | W [www.happyhealthcare.nl](http://www.happyhealthcare.nl)

KvK 68053886 | BTW NL001746326B49 | Iban NL64TRIO0338554106



	Ja	Nee
Heb je een biopsie of operatie gehad aan één of beide borsten?	Ja	Nee
Heb je plastische chirurgie gehad? Verkleining of vergroting/implantaten?	Ja	Nee
Heb je borstaandoeningen gehad, zoals cystes of mastopathie	Ja	Nee
Heb je het afgelopen jaar een mammogram laten maken?	Ja	Nee
Heb je in de afgelopen 5 jaar een mammogram laten maken?	Ja	Nee
Hoeveel mammogrammen heb je laten maken?		
Wanneer was de laatste mammogram?		
Hoe oud was je met het eerste mammogram en wat was de reden?		
Ben je nog ongesteld? Zo ja, wanneer was je laatste periode?		
Heb je meer dan 5 jaar de pil geslikt of een Mirena- of Kyleenaspiraal gebruikt?	Ja	Nee
Heb je baarmoeder- of eierstokoperatie gehad?	Ja	Nee
Heb je hormoontherapie gehad? (IVF of overgangsklachten)	Ja	Nee
Heb je een behandeling gehad aan je gebit?	Ja	Nee
Ben je in verwachting geweest? Zo ja; hoeveel voldragen zwangerschappen?	Ja	Nee
Heb je borstvoeding gegeven? Zo ja; hoe lang?	Ja	Nee
Rook je?	Ja	Nee
Afgelopen 5 jaar?	Ja	Nee
Afgelopen jaar?	Ja	Nee
Gebruik je medicatie? Zo ja; welke?	Ja	Nee
Gebruik je supplementen? Zo ja, welke?	Ja	Nee

**Wil je nog iets toevoegen?**