

Vragenlijst

Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
E-mail adres	

Vragen	ja	nee
Heeft u pijn of gevoelige borsten?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Zeurende pijn? • Stekende pijn? • Continue pijn? • Erger voor de menstruatie? 	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Voelt u knobbels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Heeft u mastopathie? • Zijn deze knobbels hard? • Zijn deze knobbels zacht? • Zijn ze beweegbaar? • Zijn ze pijnlijk? • Erger voor de menstruatie? • Hoe lang heeft u al knobbels? 	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts sinds.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Is de ene borst groter dan de andere?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Is dat altijd zo geweest? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Heeft u een biopsie of operatie gehad aan één of beide borsten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer was dat? • Wat was het resultaat? • Op welke plek in de borst? 	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/>
<p>Heeft u de diagnose borstkanker gehad? (Graag ook de vragen invullen onderaan dit formulier)</p>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/>
<p>Heeft u een baarmoederoperatie gehad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heeft u een eierstok operatie gehad? • Wanneer was de operatie? • Wat was de reden van de operatie? 	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts-.....-.....	<input type="checkbox"/>
<p>Heeft u baarmoederhalskanker gehad?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat was de uitslag? • Wat is de behandeling geweest? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Heeft een naast familielid borstkanker gehad? Schrijf daarbij op welke leeftijd, en of ze daar aan is overleden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moeder • Grootmoeder • Dochter • Zus 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Hoeveel mammogrammen heeft u laten maken?</p> keer	<input type="checkbox"/> nvt
<p>Wanneer was de laatste keer mammografie?</p>	<input type="checkbox"/> nvt
<p>Hoe oud was u bij de eerste keer mammografie?</p> jaar	<input type="checkbox"/> nvt
<p>Bent u ooit teruggeroepen na het borstonderzoek?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nvt
<p>Heeft u een echo gehad van de borsten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zo ja, wanneer voor het laatst? • Wat was het resultaat? 	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts-.....-.....	<input type="checkbox"/>

<p>Heeft u een MRI gehad van de borsten?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zo ja, wanneer voor het laatst? • Wat was het resultaat? 	<input type="checkbox"/> -.....-.....	<input type="checkbox"/>
<p>Wanneer was de laatste menstruatie?</p>-.....-.....	<input type="checkbox"/>
<p>Gebruikt u nu de pil of Mirena spiraal?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Heeft u totaal meer dan 5 jaar de pil geslikt of Mirena spiraal gebruikt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe lang wel? 	<input type="checkbox"/> jaar	<input type="checkbox"/>
<p>Heeft u hormoontherapie gehad (voor zwangerschap, na kanker, overgang)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Worden uw borsten elk jaar onderzocht door uw arts?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Controleert u iedere maand zelf uw borsten?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Hebt u ooit gerookt?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Hebt u ooit diabetes gehad?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Bent u in verwachting geweest?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel voldragen zwangerschappen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Heeft u borstvoeding gegeven?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe verliep dat? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Heeft u in de afgelopen week een behandeling gehad aan uw gebit?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zo ja, wat? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Gebruikt u medicatie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zo ja, welke? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Gebruikt u supplementen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zo ja, welke? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In geval van borstkanker:

Type kanker:

- Lokaal ja nee
- Uitgezaaid ja nee
- Lymfe aangetast? ja nee

Wanneer wat de diagnose? (maand en jaar) _____

- Is er een behandeling geweest? ja nee
- Welke behandeling heeft u gehad? operatie chemo bestraling
 anders geen

- 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

