

Familienname:
Vorname:
Geburtsdatum:

Datum:

Wie beurteilen Sie das kosmetische Ergebnis der Operation/Strahlentherapie der Brust?

<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zufriedenstellend	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> sehr schlecht
-----------------------------------	------------------------------	--	-----------------------------------	--

Bitte vergleichen Sie die behandelte mit der unbehandelten Brust. Unterscheidet sich die behandelte von der unbehandelten Brust?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Die folgenden Fragen betreffen die behandelte im Vergleich zu der unbehandelten Brust.
Ist die Brust kleiner als die Gegenseite?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Ist die Brust größer als die Gegenseite?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Ist die Brust verformt?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Hat sich die Hautfarbe geändert?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Ist die behandelte Brust fester/ knotiger als die Gegenseite?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Ist die Narbe sichtbar?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Haben Sie in den letzten 2 Monaten Schmerzen im Bereich der bestrahlten Brust gehabt?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Ist der gleichseitige Arm geschwollen?

<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> stark	<input type="checkbox"/> sehr stark
--	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Möchten Sie noch etwas ergänzen?