

Fragebogen zum Mammographie-Screening

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrem Termin aus und bringen ihn zur Untersuchung mit

Screening-ID: _____

Nach- und Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Krankenkasse: _____

1. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen erstellt worden? ja nein

Falls JA, bitte ausfüllen:

Wann wurde die letzte Mammographie angefertigt?

Innerhalb der letzten 12 Monate (Tag/Monat/Jahr)/...../.....

Vor mehr als 12 Monaten (Tag/Monat/Jahr)/...../.....

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt? im Screening

Name oder Ort der Screening-Einheit: _____

außerhalb des Screenings

Name der/s Ärztin/Arztes oder der Praxis: _____

Anschrift: _____

Dürfen wir die Bilder anfordern? ja nein

2. Angaben zu Ihren behandelnden Ärzten

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt über das Untersuchungsergebnis informieren? ja nein

Falls JA, bitte ausfüllen:

Frauenärztin/-arzt Name: _____

Anschrift: _____

Hausärztin/-arzt Name: _____

Anschrift: _____

3. Sind Sie schon einmal an der Brust erkrankt oder operiert worden?

ja nein

	links	rechts	
Diagnose Brustkrebs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose/..... (Monat/Jahr)
Anzahl Brustoperationen:	_____	_____	Datum letzte Brustoperation(Jahr)
Brustimplantate:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum OP Brustimplantat(Jahr)
Brustverkleinerung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum OP Brustverkleinerung(Jahr)
Entfernung der Brust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum OP Brustentfernung(Jahr)
Brusterhaltende OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entnahme Gewebeprobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erläuterung: _____

4. Haben Sie in letzter Zeit eine Veränderung der Brust bemerkt, die bei Ihnen Besorgnis erregt?

ja nein

	links	rechts
Tastbare Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungen oder andere flüssige Absonderungen aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Haben Sie Anmerkungen?

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter/-innen in der Screening-Einheit.

Einladungsschreiben, Merkblatt und Fragebogen habe ich gelesen und verstanden. Ich willige ein, dass evtl. Vorbefunde oder Voruntersuchungen durch die Screeningeinheit gemäß § 73 Abs. 1b SGB V zwecks Beurteilung der aktuellen Untersuchung angefordert werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht und Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift

Erklärung zum Verzicht auf das Aufklärungsgespräch

Ich bin durch die beigefügten Unterlagen über die wesentlichen Vor- und Nachteile des Mammographie-Screening-Programms informiert und verzichte auf mein Recht auf ein zusätzliches persönliches Aufklärungsgespräch durch eine Ärztin oder einen Arzt des Programms vor der Untersuchung.

Nachname, Vorname und Geburtsdatum

Datum, Unterschrift