

Fragebogen zum Mammographie-Screening

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



Screening-ID: _____

1. Persönliche Daten:

Titel: _____ Namenszusatz: _____
Nach- und Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Geburtsname: _____ Krankenkasse: _____
Straße und Haus-Nr: _____
PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____

2. Angaben zu Ihren behandelnden Ärzten

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

Falls JA, bitte ausfüllen:

Frauenärztin/-arzt Name: _____
Anschrift: _____
Hausärztin/-arzt Name: _____
Anschrift: _____

3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen erstellt worden? ja nein (weiter bei Punkt 4)

Falls JA, bitte ausfüllen:

Datum der letzten Mammographie-Untersuchung: _____ (Tag/Monat/Jahr)

Hinweis: Zwischen zwei Screening-Mammographien muss das gesetzliche Mindestintervall von 22 Monaten eingehalten werden. Bei einem Umzug in ein anderes Bundesland müssen Sie selbst überprüfen, wann die letzte Screening-Mammographie stattfand. Aus Datenschutzgründen kann der Abgleich nicht von der einladenden Zentralen Stelle erfolgen.

Erfolgte die letzte Mammographie außerhalb des Screenings, muss ein Mindestintervall von 12 Monaten eingehalten werden. Bei kürzeren Intervallen melden Sie sich bei der Zentralen Stelle, die eine Terminverschiebung vornehmen wird.

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?

- im Screening:
Name oder Ort der Screening-Einheit: _____
- außerhalb des Screenings (mit einer Überweisung)
Name und Anschrift der/s Ärztin/Arztes oder der Praxis: _____

Dürfen wir die Bilder anfordern?

ja nein

4. 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: _____

5. 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"/>

6. 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 beigelegten 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