

Fragebogen zum Mammographie-Screening
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben
Sie ihn bei Ihrer Untersuchung ab. Vielen Dank!



Bitte einen Aufkleber von Ihrer Einladung
abziehen und aufkleben
oder Ihre Screening-ID eintragen

Screening-ID _____

1. Datum der Screening-Untersuchung _____ (Tag/Monat/Jahr)

2. Persönliche Daten

Nachname: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Namenszusatz: _____

Straße (inkl. Adresszusatz): _____

PLZ, Wohnort: _____ Teilort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Frühere Namen: _____

Telefonnummer: _____ Krankenkasse: _____

3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen erstellt worden? JA NEIN

Falls JA, bitte ausfüllen:

Wann wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen angefertigt? _____ (Tag/Monat/Jahr)

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt? IM SCREENING

Oder Name des Arztes / der Ärztin: _____

Adresse des Arztes / der Ärztin: _____

Dürfen wir die Bilder anfordern? JA NEIN

3. Angaben zu Ihren behandelnden Ärzten

Sollen wir einen Ihrer Ärzte über das Untersuchungsergebnis informieren? JA NEIN

Falls JA, bitte ausfüllen:

Frauenarzt (Name, Adresse): _____

Hausarzt (Name, Adresse): _____

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

	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 letzte OP Brustimplantate _____ (Jahr)
Brustverkleinerung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte OP Brustverkleinerung _____ (Jahr)
Entfernung der Brust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte 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"/>	Welche? _____

5. Haben Sie in letzter Zeit eine Veränderung der Brust bemerkt, die sie besorgt?

	links	rechts
Tastbare Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußerlich sichtbare Veränderungen	<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"/>

Ich habe die Hinweise zum Mammographie-Screening-Programm, die ich mit der Einladung erhalten habe, gelesen und verstanden.

Datum Ihre Unterschrift

Sie haben das Recht auf eine persönliche Aufklärung vor der Untersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt des Mammographie-Programms. In dem Gespräch können Sie sich Vor- und Nachteile ausführlich erklären lassen und offenen Fragen klären. Wenn Sie ein Gespräch wünschen, **müssen Sie vorher einen eigenen Termin vereinbaren**. Bitte wenden Sie sich dazu an die Zentrale Stelle.

Bei der Mammographie-Untersuchung selber ist in der Regel keine Ärztin und kein Arzt anwesend.

Wenn Sie keine offenen Fragen haben, können Sie auch auf das Aufklärungsgespräch verzichten. In diesem Fall bitten wir Sie uns diese mit nachfolgender Erklärung schriftlich zu bestätigen.

Erklärung zum Verzicht auf das Aufklärungsgespräch:

Ich bin durch die der Einladung beigefügten Informationen 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.

Datum Ihre Unterschrift

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt:

Angaben kontrolliert / ausgefüllt von: _____ (MTRA)