

FRAGEBOGEN ZUM MAMMOGRAPHIE-SCREENING

■ Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben Sie ihn bei der Untersuchung ab. Vielen Dank!

■ PERSÖNLICHE DATEN

Vorname: Nachname:

Straße:

PLZ, Wohnort: Telefon:

Geburtsdatum: Geburtsort:
Tag Monat Jahr

Geburtsname: Krankenkasse:

■ ANGABEN ZU IHRER FRAUENÄRZTIN / IHREM FRAUENARZT, IHRER HAUSÄRZTIN / IHREM HAUSARZT

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

Falls JA, bitte ausfüllen:

Frauenarzt / Frauenärztin / Name: Ort:

Hausarzt / Hausärztin / Name: Ort:

■ ANGABEN ZU FRÜHEREN MAMMOGRAPHIE-AUFNAHMEN

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden? Ja Nein

Falls JA: Wo und wann wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?

Damit wir frühere Mammographie-Aufnahmen zum Vergleich anfordern können, geben Sie bitte auch Namen und Anschrift der Ärztin / des Arztes bzw. der Screening-Einheit an.

Hier, in der Screening-Einheit

In einer anderen Screening-Einheit
(Angaben bitte so genau wie möglich)

Datum: bzw. vor mehr als 22 Monaten
Tag Monat Jahr

Name: Straße, Hausnr. PLZ, Ort

Bei einer anderen Ärztin / Arzt (nicht im Rahmen des Screenings)
(Angaben bitte so genau wie möglich)

Datum: bzw. vor mehr als 12 Monaten
Tag Monat Jahr

Name: Straße, Hausnr. PLZ, Ort

■ **SIND SIE SCHON EINMAL AN DER BRUST ERKRANKT ODER OPERIERT WORDEN?** Ja Nein

Diagnose Brustkrebs	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose	(Monat/Jahr)
Anzahl Brustoperationen	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose	(Monat/Jahr)
Entfernung der Brust	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose	(Monat/Jahr)
Brustimplantate	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose	(Monat/Jahr)
Brustverkleinerung/ Brustvergrößerung	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose	(Monat/Jahr)
Brusterhaltende OP	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose	(Monat/Jahr)
Sonstige Operation/ Gewebeentnahme	li <input type="checkbox"/>	re <input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose	(Monat/Jahr)

■ **HABEN SIE IN LETZTER ZEIT EINE VERÄNDERUNG DER BRUST BEMERKT, DIE BEI IHNEN BESORGNIS ERREGT?** Ja Nein

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

■ **ICH HABE DAS MERKBLATT ZUM MAMMOGRAPHIE-SCREENING-PROGRAMM, DAS ICH ZUSAMMEN MIT DER EINLADUNG ERHALTEN HABE, GELESEN UND VERSTANDEN.**

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

■ **Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt:**

Angaben kontrolliert / ausgefüllt von:

(MTRA)

■ **ERKLÄRUNG ZUM VERZICHT AUF DAS AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH**

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bin durch die der Einladung 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.

Datum

Unterschrift