

Screening-ID



FRAGEBOGEN ZUM MAMMOGRAPHIE-SCREENING

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

1 | PERSÖNLICHE DATEN

Nachname:	Vorname:
Straße:	
PLZ, Wohnort:	Telefon:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsname:	Krankenkasse:

2 | ANGABEN ZU FRÜHEREN MAMMOGRAPHIE-AUFNAHMEN

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

Falls ja: Wann wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen angefertigt? Tag/Monat/Jahr

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?

Hier im lokalen Screening	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In einem anderen Screeningprojekt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Name/Adresse

Dürfen wir die Bilder anfordern? ja nein

3 | 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:
---------------------	-------	------

Bitte wenden →

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 Operation	(Jahr)
Entfernung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)
Brustimplantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)
Brustverkleinerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)
Brusterhaltende OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)
Entnahme Gewebeprobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation	(Jahr)
Sonstige Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erläuterungen	

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"/>

Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm, das ich zusammen mit der Einladung erhalten habe, gelesen und verstanden. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

ERKLÄRUNG ZUM VERZICHT AUF DAS AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bin durch die der Einladung 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.

Datum

Unterschrift

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt
Angaben kontrolliert/ausgefüllt von:

(MTRA)