

Fragebogen zum Mammographie-Screening

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem Termin aus
und geben Sie ihn bei Ihrer Untersuchung ab. Vielen Dank!



Bitte tragen Sie hier Ihre Screening-ID
(rote Nummer oben links auf der
Einladung) ein.

1. Screening-ID _____

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

3. Persönliche Daten

Titel: _____ Namenszusatz: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Frühere Namen: _____

Straße: _____ Adresszusatz: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Teilort: _____

Kontakt (z.B. Tel.) _____ Krankenkasse: _____

4. Angaben zu Ihren behandelnden Ärzten

Wenn Sie wünschen, dass wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt oder Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis der Untersuchung informieren, geben Sie bitte Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes an.

Frauenarzt (Name, Adresse): _____

Hausarzt (Name, Adresse): _____

5. 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)

Wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen
im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms erstellt? ja nein

Wenn wir diese Aufnahmen anfordern dürfen, geben Sie bitte die Anschrift der Ärztin / des Arztes an.

Name des Arztes / der Ärztin: _____

Adresse des Arztes / der Ärztin: _____

bitte wenden

Fragebogen zum Mammographie-Screening

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem Termin aus und geben Sie ihn bei Ihrer Untersuchung ab. Vielen Dank!



6. 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:	_____	_____	
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"/>	Datum letzte OP brusterhaltende OP _____ (Jahr)
Entnahme Gewebeprobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Gewebeprobe _____ (Jahr)
Sonstige Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____ (Jahr)

7. 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

Erklärung zum Verzicht auf das Aufklärungsgespräch

- Ich bin durch das Einladungsschreiben ausreichend informiert und verzichte auf ein persönliches Aufklärungsgespräch. Die Verzichtserklärung liegt der Praxis unterschrieben vor.
- Ein ärztliches Aufklärungsgespräch hat bereits stattgefunden.

Datum _____ durch _____

Datum

Ihre Unterschrift

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt:

Angaben kontrolliert / ausgefüllt von: _____ (MTRA)