

Fragebogen zum Mammographie-Screening

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

Bitte schicken Sie diesen Bogen nicht an die Zentrale Stelle zurück.

1. PERSÖNLICHE DATEN

Screening-ID: _____
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?

nein ja, wann? _____ (Monat/Jahr)

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?

Hier im lokalen Screening ja nein

Name/Adresse _____

In einem anderen Screeningprojekt ja nein

Name/Adresse _____

Bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin ja nein

Name/Adresse _____

Dürfen wir die Bilder anfordern? ja nein

3. ANGABEN ZU IHREN BEHANDELNDEN ÄRZTEN

Frauenarzt/-ärztin Name: _____ Ort: _____

Soll Ihr/e Frauenarzt/-ärztin über Ihr Untersuchungsergebnis benachrichtigt werden?

ja nein

Hausarzt/-ärztin Name: _____ Ort: _____

Soll Ihr/e Hausarzt/-ärztin über Ihr Untersuchungsergebnis benachrichtigt werden?

ja nein

Bitte wenden

4. ANGABEN ZU FRÜHEREN BRUSTOPERATIONEN

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/-vergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation _____ (Jahr)
Brusterhaltende OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation _____ (Jahr)
Sonstige Operation/ Gewebeentnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation _____ (Jahr)

5. ANGABEN ZU SYMPTOMEN

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 Veränderung	<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 bin mit der Untersuchung einverstanden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: _____ (MTRA)