

Fragebogen zur Anamnese

Persönliche Daten

Nachname	Vorname(n)	Geburtsname
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsort	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer	Weitere Telefonnummern	
Krankenkasse (Name und Nummer)		

Angaben zu behandelnden Ärzten

	Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Sollen wir diese Ärztin/Arzt benachrichtigen?
Frauenärztin/-arzt				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausärztin/-arzt				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu früheren Mammographieaufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographieaufnahmen angefertigt worden? ja nein

Falls ja, wann wurde die letzte Mammographieaufnahme (vor der heutigen Aufnahme) angefertigt?

Innerhalb der letzten 12 Monate am . .

Vor mehr als 12 Monaten

Wo wurden die letzten Mammographieaufnahmen erstellt?

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Dürfen wir die Aufnahmen anfordern?	Sollen wir diese Ärztin/Arzt benachrichtigen?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wurden bei Ihnen früher Brusterkrankungen diagnostiziert?
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Diagnose Brustkrebs	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Brusterhaltend operiert	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Entfernung der Brust	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

Vorhandensein von Brustimplantaten	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Brustverkleinerung/-vergrößerung	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Gewebeprobe entnommen	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Aufbauplastiken benutzt	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

Haben Sie gegenwärtig Brustbeschwerden? (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Tastbare Knoten	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Blutungen oder andere flüssige Absonderungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

Im Falle der Feststellung einer behandlungsbedürftigen Erkrankung bin ich mit der Weitermeldung meiner Diagnosedaten an das zuständige klinische Krebsregister und einer Rückmeldung an die Screeningeinheit zum Zwecke der Qualitätssicherung und anonymisierten wissenschaftlichen Forschung bei der Bekämpfung von Brustkrebs einverstanden.

Ja Nein

**Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.
Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm, das ich zusammen mit der Einladung erhalten habe, gelesen.**

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin / gesetzlicher Vertreter

Erklärung zum Verzicht auf das Aufklärungsgespräch:

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.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin / gesetzlicher Vertreter