Fragebogen zur Anamnese

MAMMOGRAPHIE SCREENING PROGRAMM

1. Persönliche Daten

Screening-ID:		**Datum:**
Nachname	Vorname(n)	Geburtsdatum
Frühere Namen (Geburtsname etc.)		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	

2. Angaben zu Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt **ODER** Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren?

|__| Frauenärztin/arzt |__| Hausärztin/arzt

Falls JA, bitte ausfüllen:

Ärztin/Arzt Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden? |__| **JA** |__| **NEIN**
Falls JA:

Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt?

Innerhalb der letzten 12 Monate		**Vor mehr als 12 Monaten**	

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?

Hier im lokalen Screening |__| **JA** |__| **NEIN**

In einer anderen Screening-Einheit |__| **JA** |__| **NEIN**

Adresse: _____

Bei einer/m anderen Ärztin/Arzt |__| **JA** |__| **NEIN**
Name, Adresse: _____

Ich bin einverstanden, dass meine auswärts erstellten Mammographie-Aufnahmen, falls erforderlich, angefordert werden dürfen

Unterschrift:

4. 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.

_____

Datum Unterschrift

5. Angaben zu früheren Brusteingriffen

Wurde eine Gewebeprobe(Biopsie) entnommen? (Jahr: |__|__|__|__|__|)	|__| nein	|__| links	|__| rechts
Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt? (Jahr der OP: |__|__|__|__|__|)	|__| nein	|__| ja	
Wurde jemals brusterhaltend operiert? (Jahr der OP: |__|__|__|__|__|)	|__| nein	|__| links	|__| rechts
Wurde eine Brust entfernt? (Jahr der OP: |__|__|__|__|)	|__| nein	|__| links	|__| rechts
Sind Brustimplantate vorhanden? (Jahr der OP: |__|__|__|__|__|)	|__| nein	|__| links	|__| rechts
Wurde eine Brustvergrößerung durchgeführt? (Jahr der OP: |__|__|__|__|)	|__| nein	|__| links	|__| rechts
Wurde eine Brustverkleinerung durchgeführt? (Jahr der OP: |__|__|__|__|)	|__| nein	|__| links	|__| rechts

6. Angaben zu Symptomen

Haben Sie <u>aktuell</u> folgende Auffälligkeiten?
(falls zutreffend bitte ankreuzen und Seite beachten!)

Knoten tastbar/Verhärtung	|__| links	|__| rechts
Dellen der Haut	|__| links	|__| rechts
Hautveränderung	|__| links	|__| rechts
Veränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	|__| links	|__| rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze: blutig |__| milchig |__| klar |__|	|__| links	|__| rechts
Andere:	|__| links	|__| rechts

7. Sind Sie schwanger |__\| JA |__\| NEIN

8. Telefonnr: _____

9. Einverständnis zum Versand unauffälliger Screening Befunde/ Einladung weitere Abklärung per E-Mail

Üblicherweise werden in der Brustdiagnostik aus Datenschutzgründen keine Befunde per Mail versandt. Bei unauffälligen Screening-Befunden kann dies ermöglicht werden.
Mit Ihrer Einwilligung in den E-Mail-Versand des Screeningergebnisses „ohne Befund“ stimmen Sie der ***verschlüsselten*** Datenübermittlung über das Internet zu. ***Das Passwort ist Ihre Postleitzahl.***
Hiermit bitte ich ***explizit,*** dass mir ***auf eigenen Wunsch*** unauffällige Befunde per Mail übermittelt werden. Ich bin darüber informiert, dass diese Art der Datenübertragung unsicher ist und habe die Anlage E-Mail-Versand gelesen.

Ich bin **des weiteren** damit einverstanden, dass ich per E-Mail/Telefon zur ggf. erforderlichen weiteren Abklärung eingeladen werde bzw. bei Nachfragen kontaktiert werden kann.

E-Mail

……
Unterschrift der Teilnehmerin

Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm gelesen, das ich zusammen mit meiner Einladung erhalten habe.
Ich bestätige die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.

…… ……..
Ort, Datum **Unterschrift der Teilnehmerin**

Von der MA auszufüllen:

Abbruch der heutigen Untersuchung durch Teilnehmerin, Grund: _____

_____
Unterschrift der Mitarbeiterin / Teilnehmerin

Angaben geprüft durch Empfang: Aufnahmen erstellt durch: