

Fragebogen zur Anamnese

1. Persönliche Daten

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

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: _____	

Sehr geehrte Teilnehmerin,
die Angaben auf der Rückseite helfen uns, Ihre Aufnahmen besser zu beurteilen.
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.
Vielen Dank

4. Angaben zu früheren Brusteingriffen

Wurde eine Gewebeprobe 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

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie <u>aktuell</u> Brust-Beschwerden?	☐ JA	☐ NEIN
Haben Sie folgende Auffälligkeiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Schmerzen	☐ links	☐ rechts
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

6. Sind Sie schwanger ☐ JA ☐ NEIN

Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm gelesen, dass ich zusammen mit meiner Einladung erhalten habe.

Ich bestätige die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Teilnehmerin

Erklärung zum Verzicht auf das Aufklärungsgespräch:

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

Von der MA auszufüllen:

Abbruch der heutigen Untersuchung durch Teilnehmerin, Grund: _____

Unterschrift der Mitarbeiterin / Teilnehmerin

Angaben geprüft durch Empfang:

Aufnahmen erstellt durch: