

Fragebogen zur Anamnese



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?		
<input type="checkbox"/> Frauenärztin/arzt <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
<i>Falls JA:</i>		
Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt?		
Innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/>	Vor mehr als 12 Monaten <input type="checkbox"/>	
Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?		
Hier im lokalen Screening	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
In einer anderen Screening-Einheit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Adresse: _____		
Bei einer/m anderen Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Name, Adresse: _____		
Ich bin einverstanden, dass meine auswärts erstellten Mammographie-Aufnahmen, falls erforderlich, angefordert werden dürfen		
Unterschrift: _____		

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 _____



4. Angaben zu früheren Brusteingriffen

Wurde eine Gewebeprobe entnommen? (Jahr: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt? (Jahr der OP: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wurde jemals brusterhaltend operiert? (Jahr der OP: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brust entfernt? (Jahr der OP: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Sind Brustimplantate vorhanden? (Jahr der OP: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brustvergrößerung durchgeführt? (Jahr der OP: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brustverkleinerung durchgeführt? (Jahr der OP: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie <u>aktuell</u> Brust-Beschwerden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie folgende Auffälligkeiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Schmerzen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Knoten tastbar/Verhärtung	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Dellen der Haut	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Hautveränderung	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Veränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze: blutig <input type="checkbox"/> milchig <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Andere:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

6. Sind Sie schwanger JA NEIN

7. Weitere Angaben

Telefonnummer:	E-Mail:
----------------	---------

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

.....
Unterschrift der Teilnehmerin

**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

Von der MA auszufüllen:

Abbruch der heutigen Untersuchung durch Teilnehmerin, Grund: _____ _____
Unterschrift der Mitarbeiterin / Teilnehmerin

Angaben geprüft durch Empfang:

Aufnahmen erstellt durch: