

Fragebogen zum Mammographie-Screening in Bayern
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben Sie ihn bei Ihrer Screening-Untersuchung ab. Vielen Dank!



1. Ihre Screening-Identifikationsnummer (Screening-ID): _____

Bitte einen Aufkleber von Ihrer Einladung abziehen und aufkleben oder Ihre Screening-ID eintragen

2. Datum Ihrer Screening-Untersuchung: _____ (Tag/Monat/Jahr)

Bitte erst am Tag Ihrer Untersuchung eintragen

3. Ihre persönlichen Daten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Telefon: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Krankenversicherung: _____

4. Angaben zu Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt, Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt

Frauenärztin/-arzt Name: _____ Adresse: _____

Sollen wir Ihre **Frauenärztin/Ihren Frauenarzt** über das Untersuchungsergebnis informieren?

JA NEIN

Hausärztin/-arzt Name: _____ Adresse: _____

Sollen wir Ihre **Hausärztin/Ihren Hausarzt** über das Untersuchungsergebnis informieren?

JA NEIN

5. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen erstellt worden? JA NEIN

Falls JA, bitte ausfüllen:

Wann wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt? Monat/Jahr: _____

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Adresse der Ärztin/des Arztes: _____

Wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen im Rahmen des **Mammographie-Screening-Programms** erstellt? JA NEIN

Dürfen wir die Mammographie-Aufnahmen von der genannten Ärztin/dem genannten Arzt anfordern? JA NEIN

6. Sind Sie schwanger? JA NEIN

bitte wenden

Fragebogen zum Mammographie-Screening in Bayern
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben Sie ihn bei Ihrer Screening-Untersuchung ab. Vielen Dank!



7. Sind Sie schon mal an der Brust erkrankt oder operiert worden?

Seite: links rechts

Diagnose Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose: _____ (Monat/Jahr)
Anzahl Brustoperationen	___	___	Datum letzte Operation: _____ (Jahr)
Brustimplantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation: _____ (Jahr)
Brustverkleinerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation: _____ (Jahr)
Entfernung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation: _____ (Jahr)
Brusterhaltende Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entnahme Gewebeprobe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____

8. Haben Sie in letzter Zeit eine Veränderung der Brust bemerkt, die bei Ihnen Besorgnis erregt?

Seite: links rechts

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

Ich bin durch das Einladungsschreiben ausreichend informiert und verzichte auf ein persönliches Aufklärungsgespräch. **Die Verzichtserklärung (Rückseite des Einladungsschreibens) liegt der Praxis unterschrieben vor.**

Ein ärztliches Aufklärungsgespräch **hat bereits stattgefunden.**

Datum _____ durch _____

Ich bin darüber informiert, dass mir die von mir unterschriebenen Erklärungen als Kopie ausgehändigt werden müssen

Ich möchte eine Kopie Ich möchte **keine** Kopie

Ich habe die Hinweise zum Mammographie-Screening-Programm, die ich mit der Einladung erhalten habe, gelesen und verstanden. Meine Angaben sind vollständig und richtig.

Datum

Ihre Unterschrift

*Dieser Abschnitt wird nur vom **Screening-Personal** ausgefüllt:*

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: _____ (Name MTRA)