

Fragebogen zur Anamnese

1. Persönliche Daten

Screening-ID		Screening-Datum
Nachname	Vorname(n)	Frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer	Weitere Telefonnummern	

2. Angaben zu behandelnden Ärzten

Sollen wir diese/n Ärztin/Arzt über das Ergebnis informieren?		
Frauenärztin/-arzt Name und Ort:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hausärztin/-arzt Name und Ort:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

3. Angaben zu früheren Mammographieaufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographieaufnahmen angefertigt worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Falls JA :		
Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt?		
<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/> Vor mehr als 12 Monaten	
Wo wurde die letzte Mammographie erstellt?		
Hier im lokalen Screening?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
In einem anderen Screening-Projekt Adresse: _____	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Bei einem anderen Arzt/Ärztin/Krankenhaus Name Adresse: _____	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Dürfen wir dort nachfragen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Fragebogen zur Anamnese Seite 2

4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Falls JA - In welchem Jahr? _____		
Wurde brusterhaltend operiert?	Jahr der OP: _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brust entfernt?	Jahr der OP: _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?		
Falls JA : (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Gewebeprobe/-entnahme gutartig?	Jahr der OP: _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/>		
Sind Brustimplantate vorhanden?	Jahr der OP: _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brustvergrößerung/ -verkleinerung durchgeführt?	Jahr der OP: _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie gegenwärtig Brust-Beschwerden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie folgende Auffälligkeiten?		
(Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Knoten tastbar	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Sonstiges _____		

Zum Zweck der Qualitätssicherung ist es erforderlich, dass Befunde/Aufnahmen bei weiterbehandelnden Ärzten erfragt/angefordert werden. Damit bin ich einverstanden.

Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm, das ich zusammen mit der Einladung erhalten habe, gelesen und verstanden und stimme der Durchführung der Untersuchung zu.

Unterschrift _____

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt!

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: _____ (MTRA)