

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben Sie ihn bei der Untersuchung ab. Vielen Dank!



SCREENING-ID:

FRAGEBOGEN ZUM MAMMOGRAPHIE-SCREENING

### 1. PERSÖNLICHE DATEN

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

### 2. ANGABEN ZU IHRER FRAUENÄRZTIN/IHREM FRAUENARZT, IHRER HAUSÄRZTIN/IHREM HAUSARZT

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt oder Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Untersuchungsergebnis informieren?  Ja  Nein

Falls ja, bitte ausfüllen

Frauenarzt/Frauenärztin Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Hausärztin Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### 3. ANGABEN ZU FRÜHEREN MAMMOGRAPHIE-AUFNAHMEN

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden?  Ja  Nein

Falls ja: Wann wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen angefertigt?

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?

Hier im lokalen Screening  Ja  Nein

In einem anderen Screeningprojekt  Ja  Nein

Bei einem/einer anderen Arzt/Ärztin  Ja  Nein

Name/Adresse \_\_\_\_\_

Dürfen wir die Bilder anfordern?  Ja  Nein

**4. SIND SIE SCHON EINMAL AN DER BRUST ERKRANKT ODER OPERIERT WORDEN?**
 Ja       Nein

	links	rechts	
Diagnose Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose _____ (Monat/Jahr)
Anzahl Brustoperationen:	—	—	Datum letzte Operation _____ (Jahr)
Entfernung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation _____ (Jahr)
Brustimplantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation _____ (Jahr)
Brustverkleinerung/ Brustvergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation _____ (Jahr)
Brusterhaltende OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation _____ (Jahr)
Sonstige Operation/ Gewebeentnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Operation _____ (Jahr)

**5. HABEN SIE IN LETZTER ZEIT EINE VERÄNDERUNG DER BRUST BEMERKT, DIE BEI IHNEN BESORGNIS ERREGT?**
 Ja       Nein

	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 aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

---

 Datum

---

 Unterschrift der Teilnehmerin

*Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt*

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ (MTRA)