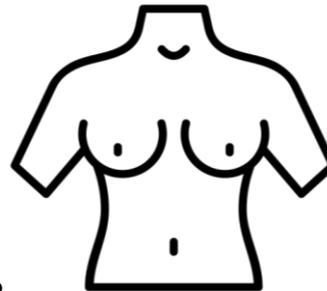


MAMMOGRAPHIE FRAGEBOGEN

1. Haben Sie Beschwerden an der Brust

 Ja Nein

Wenn ja, was sind Ihre Beschwerden

 Schmerzen Tastbarer Knoten Einziehung Ziehen/Stechen Narben Brustvergrößerung Flüssigkeitsaustritt aus Brustwarze: braun/grün/blutig Sonstiges: _____2. Wo befinden sich Ihre Beschwerden?
(Bitte einzeichnen)

R

L

3. Brustoperation

 Ja Nein

Wenn ja, wann (Datum) _____

Welche Seite:

 Links Rechts

Warum

 gutartig bösartig Implantat

4. Nachbehandlung:

 Ja Nein

Wenn ja, welche:

 Chemotherapie Bestrahlung Anti-Hormontherapie

5. Meine letzte Mammographie war am _____

Vorbilder vorhanden

 Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Hormone?

 Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

6. In der Familie ist Brustkrebs oder Eierstockkrebs aufgetreten

 Ja Nein

Wenn ja, wer:

 Tochter Mutter Schwester Großmutter Tante/Cousine Vater/Bruder

Erkrankungsalter _____

7. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

 Ja Nein

Unterschrift:

Datum:

Wenn Sie eine Mammographie Untersuchung im Rahmen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms durchführen füllen Sie diese Seite bitte aus.

Vertrauensarztdaten

Name der Ärztin/des Arztes _____

Adresse _____

Fachrichtung _____

Sollte der Befund weitere Abklärungsschritte erfordern, wird dies entweder direkt mit Ihnen während der Untersuchung besprochen oder sie werden sofort nach Befundfertigstellung von unseren Mitarbeitern zu einer Befundbesprechung bzw. weiteren Abklärungsschritten eingeladen. Bitte kommen Sie dieser Aufforderung unbedingt nach, eine rechtzeitige Abklärung ist in Ihrem Interesse – es geht um Ihre Gesundheit. Kommen Sie dieser Aufforderung nicht nach, kann dies schwerwiegende Folgen für Ihre Gesundheit haben.

Bitte lesen Sie sich untenstehende Punkte nochmals genau durch:

- ✓ Ich habe die schriftliche Aufklärung verstanden, bin ausreichend informiert und verzichte auf eine mündliche Aufklärung.
- ✓ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mich im Falle eines abklärungsbedürftigen Befundes umgehend mit Ihrer Einrichtung in Verbindung setzen muss um mit einer Ärztin/ einem Arzt meinen Befund zu besprechen und mögliche Maßnahmen zu klären.
- ✓ Ich stimme zu, dass meiner Vertrauensärztin/ meinem Vertrauensarzt – sofern sie/er das wünscht – eine Kopie meines Befundes übermittelt werden kann.

Für den Fall, dass Sie sich durch diese schriftliche Aufklärung nicht ausreichend informiert fühlen, können Sie jederzeit ein Aufklärungsgespräch durch eine Ärztin/ einen Arzt einfordern.

Unterschrift:

Datum: