

Fragebogen zur Anamnese

1. Persönliche Daten

Nachname	Vorname(n)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		evtl. früherer Nachname
PLZ, Ort	Krankenkasse	
Telefonnummer (für evtl. Rückfragen)		

2. Angaben zur/m Frauenärztin/-arzt

Dürfen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt über das Ergebnis informieren?

Ja Nein

Name der/des Ärztin/Arztes	Anschrift/Ort
----------------------------	---------------

3. Angaben zu früheren Untersuchungen der Brust

Wo wurde die letzte Mammographie erstellt?

Mammographie-Screening

Praxis/Klinik

keine Mammographie Voraufnahmen vorhanden

Dürfen wir die Voruntersuchungen anfordern/zum Vergleich heranziehen?

Innerhalb der letzten 12 Monate

Vor mehr als 12 Monaten

Wann ca. erstellt (Jahr)? _____

Ja Nein

> > > > > > > **Bitte wenden** > > > > > > >

Name, Vorname _____

4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde bei Ihnen bereits die **Diagnose Brustkrebs** gestellt? Ja Datum/Jahr _____ Nein

Sind sie an den Brüsten operiert worden? Ja Datum/Jahr _____ Nein

Wurde eine Gewebeprobe entnommen? links rechts Datum/Jahr _____

Wurde brusterhaltend operiert? links rechts Datum/Jahr _____

Wurde eine Brust entfernt? links rechts Datum/Jahr _____

Sind Brustimplantate vorhanden? links rechts Datum/Jahr _____

andere Operationen? Welche? links rechts Datum/Jahr _____

Wurde bei Ihnen eine Brustvergrößerung Brustverkleinerung durchgeführt?
 Nein Ja, links Ja, rechts Datum/Jahr _____

5. Haben Sie aktuell Brustbeschwerden?

 Ja Nein

Tastbare Knoten Ja, links Ja, rechts Nein

Dellen und/oder Verhärtungen der Haut Ja, links Ja, rechts Nein

Äußerlich sichtbare Verformungen Ja, links Ja, rechts Nein

Hautveränderung oder Einziehen der Brustwarze Ja, links Ja, rechts Nein

Blutungen oder andere flüssige Absonderung der Brustwarze Ja, links Ja, rechts Nein

andere Beschwerden: _____ Ja, links Ja, rechts Nein

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

Datum

Unterschrift

Die Verzichtserklärung (Rückseite des Einladungsschreibens) liegt der Praxis unterschrieben vor.

Datum

Unterschrift Screening-Personal

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO i.V. mit Art. 9 DSGVO (02/2025)

Ich,

Vorname, Nachname

		.			.	1	9		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

- im Mammographie Screening Karlsruhe meine Patientendaten nach den gesetzlichen Vorschriften erhoben, verarbeitet und gespeichert werden dürfen.
Die Ärztinnen, Ärzte und das gesamte Personal unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und übermittelt werden dürfen.

Diese Erklärung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen für die Zukunft gegenüber dem Mammographie Screening Karlsruhe widerrufen. Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt bzw. gar nicht erfolgen kann.

Weitere Information zum Umgang mit Patientendaten und zum Datenschutz liegen im Wartebereich des Mammographie Screening Karlsruhe zur Einsicht aus.

Eine Kopie dieser Einwilligung erhalte ich für meine Unterlagen.

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin bzw. gesetzliche Vertretung