

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 oder Hausärztin/-arzt

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

Ja Nein

Name der/des Ärztin/Arztes

Ort

3. Angaben zu früheren Untersuchungen der Brust

Wo und wann wurde die letzte Mammographie erstellt?

Innerhalb der letzten 12 Monate

Mammographie-Screening

Vor mehr als 12 Monaten

Wann ca. erstellt ? _____

Praxis/Klinik

keine Mammographie Voraufnahmen vorhanden

Dürfen wir die Voraufnahmen anfordern/zum Vergleich heranziehen?

Ja Nein

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

Name, Vorname/Screening-ID _____

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 zum Umgang mit Patientendaten gemäß Datenschutzgrundverordnung

Ich

Vorname, Name

				1	9		
--	--	--	--	---	---	--	--

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

- im Mammographie Screening Karlsruhe meine Patientendaten nach den gesetzlichen Vorschriften erhoben, verarbeitet und gespeichert werden dürfen.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und übermittelt werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Die Informationen zum Umgang mit Patientendaten gemäß DSGVO, sowie die Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung liegen in der Praxis zur Einsicht aus.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin bzw. gesetzlicher Vertreter