

1. Persönliche Daten

Screening-ID: □□□□□□□□	← Wird vom Screening- Personal ausgefüllt →	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 Ihre/n Frauenärztin/-arzt ODER Ihre Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren? Falls JA, bitte ausfüllen: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Frauenärztin/arzt Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Hausärztin/arzt Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

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 Mammographieaufnahme (vor der heutigen Aufnahme) angefertigt? <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> Vor mehr als 12 Monaten	
Wo wurden die letzten Mammographieaufnahmen 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 Name, Adresse: _____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Dürfen wir dort nachfragen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Erklärung der Teilnehmerin

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

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs gestellt?

Falls JA: In welchem Jahr

JA

NEIN

(Angaben zur OP siehe unten)

Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?

Falls JA: (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten)

Wurde brusterhaltend operiert? Jahr der OP:

links

rechts

Wurde eine Brust entfernt? Jahr der OP:

links

rechts

Sind Brustimplantate vorhanden? Jahr der OP:

links

rechts

Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt:

Jahr der OP:

links

rechts

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie gegenwärtig Brust-Beschwerden?

JA

NEIN

Haben Sie folgende Auffälligkeiten?

(zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten)

Knoten tastbar

links

rechts

Dellen oder Verhärtungen der Haut

links

rechts

Äußerlich sichtbare Verformungen

links

rechts

Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze

links

rechts

Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze

links

rechts

Andere

links

rechts

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt!

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von:

(MTRA)

Einwilligung zur Durchführung eines Datenabgleichs zwischen Landeskrebsregister und der für das Mammographie Screening-Programm verantwortlichen Stelle.

Die Daten der Screening-Teilnehmerinnen werden regelmäßig in anonymisierter Form mit dem Krebsregister abgeglichen. Dieser Abgleich dient der Kontrolle, ob zwischen den regelmäßigen Untersuchungen Krebserkrankungen auftreten, die in den Untersuchungen nicht entdeckt wurden. Ich stimme in diesem Fall der Herausgabe der Information zu, dass im Krebsregister, eine zwischen zwei Untersuchungen aufgetretene Brustkrebserkrankung, an das Mammographie Screening-Programm gemeldet wird. Die Einwilligung ist freiwillig und ich habe das Recht, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Ich habe den Abschnitt zum Abgleich mit dem Krebsregister gelesen und stimme diesem Abgleich zu.

Ort/Datum

Unterschrift