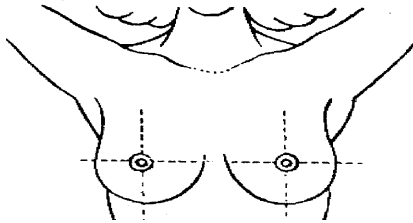


Mammographie
- vom Arzt auszufüllen -

kV



Rcc: _____ / _____ / _____
Lcc: _____ / _____ / _____
Rmlo: _____ / _____ / _____
Lmlo: _____ / _____ / _____

- von der Patientin auszufüllen -

Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.Nr.:
Mobil:
E-Mail:

- bitte nicht beschriften -

Wann war Ihre letzte Mammographie bei uns? _____
Oder: Wo und wann wurde die letzte Mammographie gemacht? _____

Was trifft auf Sie zu?

	rechts	links	selbst bemerkt	vom Arzt bemerkt	Wann?
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sekretion (Flüssigkeitsabsonderung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Die Einnahme / Benutzung welcher Hormonpräparate/Medikamente trifft auf Sie zu?

	Ja	Nein	früher	Wie lange	Name
Pille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Spirale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
and. Medikamente/Präparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Welche Vorerkrankungen / Behandlungen/Operationen haben/hatten Sie?

	Ja	Nein	Wann?	Grund/Welches Organ?
Brustentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Operation – Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Operation - Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Krebserkrankung (allgemein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Welche Vorerkrankungen / Behandlungen treffen auf Sie zu?

	Ja	Nein	Wann?	Grund/Welches Organ?
Punktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gewebsentnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Knotenentfernung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Welche Krebserkrankungen gab oder gibt es in Ihrer Familie?

Wer? _____ Art der Erkrankung: _____

Liegt aktuell eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, MRSA, Tuberkulose) vor?

Ja Nein Wenn ja, welche?: _____

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wann war Ihre erste Periode? (Datum, Jahr oder Alter) _____

Wann war Ihre letzte Periode? (Datum, Jahr oder Alter) _____

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? Anzahl

- Schwangerschaften insgesamt _____
- Geburten _____
- Schwangerschaftsabbrüche _____
- Fehlgeburten _____

Wie viele Kinder haben Sie? _____

davon gestillt: alle teils _____ Wie lange? _____ Nein

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht

Dürfen wir dem **überweisenden Arzt** einen Bericht schicken? Ja Nein

Sollen außer dem überweisenden Arzt **weitere Ärzte** über das Ergebnis informiert werden? (z. Bsp. Hausarzt)

Ja, (Name)..... Nein

Dürfen wir bei Anfrage von **anderen Ärzten oder Kliniken** (sehr hilfreich bei stationärem Aufenthalt) Auskunft erteilen?

Ja Nein

Wem dürfen wir ggfs. noch **Auskunft** erteilen (z.B. Ehepartner, Eltern etc., bitte Namen angeben)?

.....Dürfen wir die Befunde **per Fax/E-Arztbrief** an Ärzte und Kliniken versenden?m Ja Nein
(Befund per Post dauert 3-7 Tage)

Bitte geben Sie uns Ihr **Einverständnis**, dass

- alle Ärzte in der Praxis, auch vertretungsweise, Einsicht in Ihre Unterlagen nehmen dürfen Ja Nein
- wir Einsicht in alte Untersuchungsunterlagen von Ihnen nehmen dürfen Ja Nein
- wir weitere Vorbefunde behandelnder Ärzte und Kliniken anfordern dürfen Ja Nein

Eine **Patienteninformation** zur Datenverarbeitung liegt im Wartezimmer aus. Sollten noch Fragen bestehen, werden wir diese gerne beantworten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Aufklärungsbogen gelesen haben, alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet haben und in die Untersuchung einwilligen.

Bad Säckingen, den Unterschrift
Patient / bzw. gesetzl. Vertreter

Das Einverständnis gilt auf unbestimmte Zeit und kann jederzeit widerrufen werden
(Befunde sind jedoch in der Regel binnen 24h versandt)

Bitte behalten Sie den Fragebogen bei sich, bis Sie aufgerufen werden.