

Aufklärungsblatt BKFP – Mammographie/Brustultraschall

Sie können im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung eine Ärztin/einen Arzt Ihres Vertrauens angeben.

Falls Sie eine Vertrauensärztin/einen Vertrauensarzt nennen, wird diese/dieser lediglich darüber informiert, dass Sie heute eine Früherkennungsuntersuchung durchführen haben lassen. Eine automatische Befundübermittlung findet nicht statt.

Ihre Vertrauensärztin/Ihr Vertrauensarzt erfährt das Ergebnis Ihrer Untersuchung nur dann sicher, wenn Sie sie/ihn mit dem Befund aufsuchen.

Vertrauensarzt/-ärztin:

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Fachrichtung: _____

Der Befund der heutigen Untersuchung kann auch per Post an die von Ihnen u.a. angegebenen Adresse übermittelt werden, über die Sie in den nächsten 14 Tagen erreichbar sind:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: / Handy: _____

Sollte in Ihrem Befund eine Aufforderung enthalten sein, sich zu weiteren Abklärungsschritten und/oder Befundbesprechung mit uns in Verbindung zu setzen, kommen Sie dieser Aufforderung bitte unbedingt nach. Wenn Sie das nicht tun, kann das außerordentlich schwerwiegende Folgen für Ihre Gesundheit haben.

Mit Ihrer Zustimmung, die Sie hiermit erklären, kann Ihrer Vertrauensärztin/Ihrem Vertrauensarzt auf ihren/seinen Wunsch hin eine Befundkopie Ihrer heutigen Untersuchung zur Information übermittelt werden.

- ➔ 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 ehestmöglich ein Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt über meinen Befund und sich daraus eventuell ableitende weitere Maßnahmen zu führen.
- ➔ Ich stimme zu, dass meiner Vertrauensärztin/meinem Vertrauensarzt - sofern sie/er das wünscht – eine Kopie meines Befundes übermittelt werden kann.

Datum: _____ Unterschrift der Probandin: _____

Mammographie Fragebogen

Meine **letzte PERIODE** hatte ich: _____

Meine **letzte MAMMOGRAPHIE** war : _____ Vorbilder vorhanden: ja nein

Ich habe **BESCHWERDEN** in der Brust: ja nein

wenn ja: Schmerzen, Ziehen re li
 tastbarer Knoten re li
 Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze re li Farbe: klar milchig grünlich rot-braun

Ich hatte eine **BRUSTOPERATION**: ja nein

wenn ja, welche? _____ wann: _____ re li

Nachbehandlung: Bestrahlung Implantate der Brust: re li
 Chemotherapie
 Antihormontherapie

Ich hatte eine **UNTERLEIBSOPERATION**: ja nein

wenn ja, welche? _____ wann: _____ re li

Ich nehme regelmäßig **HORMONE**: ja nein wenn ja welche: _____

FAMILIENANAMNESE:

Brustkrebs aufgetreten:

Tochter Mutter Schwester Großmutter Tante/Cousine Erkrankungsalter: _____

Eierstockkrebs aufgetreten:

Tochter Mutter Schwester Großmutter Tante/Cousine Erkrankungsalter: _____

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Vorsorgeuntersuchung meine Daten elektronisch an die Krankenkasse übermittelt werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

von RT

