

## 1. Persönliche Daten

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsname	Krankenkasse	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer	Weitere Telefonnummern	
E-Mail-Adresse zur Benachrichtigung, bei unauffälligem Befund		

## 2. Angaben zu Frauenärztin/-arzt, Hausärztin/-arzt

Wenn Sie wünschen, dass wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt, Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren, geben Sie bitte Namen + Anschrift der Ärztin/des Arztes an

Frauenärztin/-arzt	Anschrift
Hausärztin/-arzt	Anschrift

## 3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden?  JA  NEIN  
*Falls JA:*

Innerhalb der letzten 12 Monate  Wann? \_\_\_\_\_ Vor mehr als 12 Monaten

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?

Hier im lokalen Screening

In einer anderen Screening-Einheit (Adresse) \_\_\_\_\_

Bei einer anderen Ärztin/Arzt (Name/Adresse) \_\_\_\_\_

Dürfen wir diese Aufnahmen anfordern?  JA  NEIN

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift

## 4. Abwesenheit

Fahren Sie in den nächsten 3 Wochen in den Urlaub?  JA  NEIN  
 Wenn ja, wann sind Sie ca. zurück? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



## 5. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde bei Ihnen jemals die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?  JA  NEIN

Falls JA: in welchem Jahr? [ ][ ][ ][ ]  JA  NEIN  
(Angaben zur OP siehe unten)

Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?  JA  NEIN  
Falls JA: .....

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

## 6. Angaben zu Symptomen

Haben Sie gegenwärtig Brust-Beschwerden?  JA  NEIN  
Wenn ja, bitte zutreffende Auffälligkeiten ankreuzen. ....

Knoten tastbar  links  rechts

Dellen und Verhärtungen der Haut  links  rechts

Äußerlich sichtbare Verformungen  links  rechts

Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze  links  rechts

Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze  links  rechts

Andere Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Ich stimme zu, eine o.B.-Benachrichtigung per E-Mail zu erhalten.

### Erklärung zum Verzicht auf das Aufklärungsgespräch:

**Ich bin durch die der Einladung beigelegten Unterlagen über die wesentlichen Vor- und Nachteile des Mammographie-Screening-Programms informiert und verzichte auf mein Recht auf ein zusätzliches persönliches Aufklärungsgespräch durch eine Ärztin oder einen Arzt des Programms vor der Untersuchung.**

**Ich habe die Entscheidungshilfe zum Mammographie-Screening-Programm gelesen, die ich zusammen mit meiner Einladung erhalten habe.**

**Ich bestätige die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.**

**Ich bestätige, dass keine Schwangerschaft vorliegt.**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen sowie des Untersuchungs- und Diagnosevertrags mit Ihnen. Die Ärztinnen, Ärzte und das gesamte Personal unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Weitere Informationen zum Datenschutz hängen in unserer Praxis/Mammobil zum Scan per QR-Code aus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Teilnehmerin

.....  
Angaben kontrolliert /ausgefüllt von \_\_\_\_\_

(Radiologische Fachkraft)