

Fragebogen Anamnese (Muster)

1. Persönliche Daten

Screening-ID: <input type="text"/>		Screeningdatum: T T M M J J J J <input type="text"/>
Nachname	Vorname(n)	frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum: T T M M J J J J <input type="text"/>	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer:	Weitere Telefonnummern:	

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

Wenn Sie wünschen, dass wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt oder Ihre/n Hausärztin/-arzt im Falle weiterer Untersuchungen über das Ergebnis informieren, geben Sie bitte Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes an.

Frauenärztin/-arzt		
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Hausärztin/-arzt		
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

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

Falls JA:

Wo und wann wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?
Damit wir frühere Mammographie-Aufnahmen zum Vergleich anfordern können, geben Sie bitte auch Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes bzw. der Screening-Einheit an.

Hier, in dieser Screening-Einheit

In einer anderen Screening-Einheit
(Angaben bitte so genau wie möglich)

Datum: Tag Monat Jahr bzw. vor mehr als 22 Monaten

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
------	--------------------	----------

Bei einer anderen Ärztin/Arzt (nicht im Rahmen des Screenings)
(Angaben bitte so genau wie möglich)

Datum: Tag Monat Jahr bzw. vor mehr als 12 Monaten

Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
------	--------------------	----------

4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Falls JA, in welchem Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sind sie an den Brüsten operiert worden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Falls JA: (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)	
Wurde brusterhaltend operiert? (Jahr der OP:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brust entfernt? (Jahr der OP:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Sind Brustimplantate vorhanden? (Jahr der OP:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brustverkleinerung durchgeführt? (Jahr der OP:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie gegenwärtig Brustbeschwerden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie folgende Auffälligkeiten? (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten)	
Knoten tastbar	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Hautveränderungen oder Einziehung der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Andere: _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

6. Hinweise zum Datenschutz

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 Einzelheiten zu unserer Information zum Datenschutz können Sie dem Aushang in der Screening-Einheit entnehmen.

Unterschrift