

Mammographiescreening

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsname	Geburtsort	
Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer mit Vorwahl	Krankenkasse	

	Name	Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort	Benachrichtigung an Ärztin/Arzt erlaubt?
Frauenärztin/arzt oder Hausärztin/arzt				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind bei Ihnen schon früher Mammographieaufnahmen angefertigt worden? ja nein

Falls ja, wann wurden die letzten Mammographieaufnahmen (vor den heutigen Aufnahmen) angefertigt?

Innerhalb der letzten 12 Monate, am

Vor mehr als 12. Monaten

Wo wurden die letzten Mammographieaufnahmen erstellt:

Name	Strasse/H-Nr.	PLZ, Ort	Dürfen wir dort nachfragen?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wurden bei Ihnen früher Brusterkrankungen diagnostiziert? (Zutreff. bitte ankreuzen/ausfüllen)

	Jahr	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Gewebeprobe entnommen		
Brustverkleinerung/-vergrößerung		
Vorhandensein von Brustimplantaten		
Diagnose Brustkrebs		
Brusterhaltend operiert		
Entfernung der Brust		
Aufbauplastiken benutzt		

Haben Sie gegenwärtig Brustbeschwerden? (Zutreffendes bitte ankreuzen/ausfüllen)

Tastbare Knoten	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Hautveränderungen oder Einziehung der Brustwarze	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Blutungen oder andere flüssige Absonderungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Sonstiges	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

Ich habe das Merkblatt zum Mammographiescreening-Programm, das ich zusammen mit der Einladung erhalten habe, gelesen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Teilnehmerin