



Patientenname: .....  
Geburtstag: .....

**Welche Beschwerden haben Sie in der Brust?**

Keine

Tastbefund/ Knoten

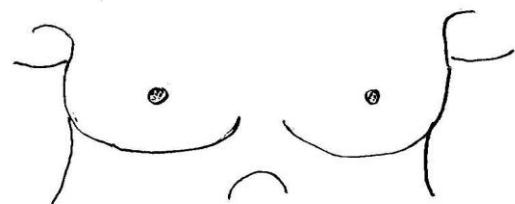
Schmerzen

Hautrötung

Hauteinziehung

Sekret/Flüssigkeit aus der Brust

**Bitte zeichnen Sie ein wo:**



seit wann: \_\_\_\_\_

rechts

links

**Hatten Sie schon eine Brustoperation?**  ja  nein

In welchem Alter? \_\_\_\_\_ welche Seite? \_\_\_\_\_

gutartig  Brustkrebs (Mammakarzinom)  Implantat  Brustverkleinerung

**Ist in Ihrer Familie Brustkrebs aufgetreten?**  ja  nein

Wer, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie oder jemand in Ihrer Familie Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)?**

ja  nein

Wer, in welchem Alter? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie derzeit Hormone (Pille etc...)?**  ja  nein

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Patientenname: .....  
Geburtstag: .....

Bitte füllen Sie diese Dokumente gut leserlich und in Blockbuchstaben aus.

Sie können im Rahmen des Mammographiescreening eine Ärztin/einen Arzt Ihres Vertrauens angeben.  
Dies kann ein/e Gynäkolog:in, Hausarzt/Ärztin, etc. sein.

Falls Sie eine Vertrauensärztin/ einen Vertrauensarzt angeben, 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 von dem Ergebnis Ihrer Untersuchung nur dann sicher, wenn Sie sie/ihn mit dem Befund aufsuchen.

**Daten Ihres Vertrauensarztes:**

Name der Ärztin/ des Arztes \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der Befund der heutigen Untersuchung wird an Sie persönlich an die von Ihnen angegebene Adresse übermittelt, über die Sie die nächsten 14 Tage erreichbar sind

**Ihre Adresse:**

Name der Ärztin/ des Arztes \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sollten in Ihren Befunden eine Aufforderung enthalten sein, sich zu weiteren Abklärungsschritten und/oder Befundbesprechungen mit uns in Verbindung zu setzen, kommen Sie dieser Aufforderung bitte unbedingt nach. Wenn Sie das nicht tun, kann das außerordentliche, schwerwiegende Folgen für Ihre Gesundheit haben.

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

Für den Fall, dass Sie sich durch diese schriftliche Aufklärung nicht ausreichend informiert fühlen, können Sie jederzeit ein Aufklärungsgespräch durch eine Ärztin/ einen Arzt einfordern.

- 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 meine Befunde und sich den daraus eventuell ableitenden weiteren Maßnahmen zu führen.
- Ich stimme zu, dass meiner Vertrauensärztin/ meinem Vertrauensarzt, sofern sie/er sich das wünscht, eine Kopie meiner Befunde übermittelt werden kann.

Datum

Unterschrift: \_\_\_\_\_