

Mammographie/Mammasono- Patientenfragebogen

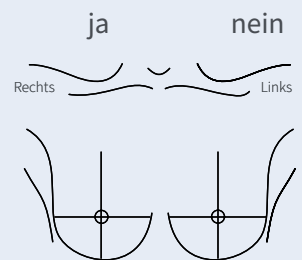
BITTE FÜLLEN SIE DIESEN BOGEN AUS UND MARKIEREN SIE DIE ZUTREFFENDEN ANGABEN:

Familienname: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____
Tel: _____ **Meine letzte Mammographie war:** _____
E-Mail Adresse: _____

Existieren Voraufnahmen des Untersuchungs- bereichs? ja (Diagnostikum) ja (anderer Anbieter) nein werden nachgereicht
Haben Sie ein Brustimplantat? ja nein
 Wenn ja, welche Seite? rechts links
 Wenn ja, seit wann?

Haben Sie Beschwerden im Untersuchungsbereich?

Wenn ja, welche?
 tastbare Knoten Schmerzen
 Ziehen Hautveränderung/Rötung
 Einziehung Brustvergrößerung
 Flüssigkeitsaustritt Bitte markieren Sie Ihre Beschwerde-Punkte →



Sind Sie schon einmal an der Brust erkrankt oder operiert worden?

Wenn ja, wann? gutartig bösartig Welche Seite? links rechts
 Welche Therapie erfolgte? Chemotherapie Bestrahlung Hormontherapie Ablatio OP

Sind Sie schon einmal am Unterleib operiert worden?

Wenn ja, wann? ja nein
 Welche Art von OP?

Meine letzte Periode war am

Ich nehme derzeit Hormone (Menopausale)

Wenn ja, welche?

Ich befinde mich in der Menopause seit

ja nein
 Seit wann?

FAMILIÄRE ANAMNESE

In meiner Familie ist Brustkrebs aufgetreten:

Tochter Mutter Schwester Großmutter Tante/Cousine Erkrankungsalter der jeweiligen Person ja nein

In meiner Familie ist Eierstockkrebs aufgetreten:

Tochter Mutter Schwester Großmutter Tante/Cousine Erkrankungsalter der jeweiligen Person ja nein

PERSÖNLICHE ANAMNESE

Anzahl der Geburten

Sind Sie schwanger?

ja nein

Sonstige Anmerkungen:

Mein überweisender Arzt / meine überweisende Ärztin soll die Ergebnisse der Untersuchung erhalten.

Einwilligungserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich (ggf. für den Patienten):

- den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden zu haben sowie die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
- über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen und bin vollumfänglich aufgeklärt.
- mir meine Entscheidung gründlich überlegt zu haben. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Untersuchung ein.

Doctolib

Hiermit willige ich ein, dass das Diagnostikum Berlin mich bezüglich meines Termins erinnern darf. Mit meiner Einwilligung willige ich in die Datenverarbeitung meiner Mobilfunknummer oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Terminerinnerung ein. Wir weisen Sie daraufhin, dass wir für die Terminerinnerung Doctolib als Dienstleister einsetzen. Die Einwilligung erfolgt auf Basis von Art. 9 Abs. 2 lit. a) i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a) und 7 DSGVO.

Eine Verarbeitung oder Übermittlung meiner personenbezogener Daten erfolgt nicht zu anderen Zwecken.

Ich erteile **keine** Einwilligung bezüglich des Terminerinnerungsservices

Hiermit willige Ich in die Untersuchung ein und bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Meine Einwilligungen zur Übermittlung an meine/n überweisende/n Arzt/Ärztin sowie zum Terminerinnerungsservice kann ich jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen. Mit einem Widerruf nach Art. 7 Abs. 3 der DS-GVO wird der Rechtsgrund der Datenverarbeitung aus der Vergangenheit nicht entzogen. Dieser entfaltet seine Wirkung ausschließlich ab Zugang des Widerrufs in die Zukunft. Ich bin einverstanden, dass mir **KEINE** Kopie des Aufklärungsbogens ausgehändigt wird. ja nein

Datum, Unterschrift Patient*In/Bevollmächtigte*r

Name Bevollmächtigte*r

WIRD VOM MEDIZINISCHEN PERSONAL AUSGEFÜLLT

Vom medizinischen Personal auszufüllen:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anatomische Besonderheiten:

Anmerkungen der MTR, die nicht zu anatomischen Besonderheiten gehören:

Name MTR:

Kreislaufschwäche

Bemerkungen des Arztes zur Bildqualität:

(z.B. warum sind aufnahmen nicht wiederholt worden?)