

Anamneseblatt – Aufklärung BKFP

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Heute ist der _____ Zyklustag (gerechnet vom ersten Tag der letzten Regelblutung an)

Meine letzte Mammographie war vor _____ Jahr(en).

Ich habe **BESCHWERDEN** in der Brust? Ja Nein

Wenn ja, welche (bitte auch um Seitenangabe): _____

Hatten Sie eine **OPERATION an der BRUST oder an den EIERSTÖCKEN?** Ja Nein

Wenn ja, wann: _____ rechts links gutartig bösartig

War eine: Bestrahlung/Strahlentherapie Chemotherapie Antihormontherapie erforderlich? Sind in

Ihrer Familie **BRUSTKREBS u./o. EIERSTOCKKREBS** aufgetreten? Ja Nein Bei

wem? Tochter Mutter Oma Schwester Tante Cousine Vater

In welchem Alter trat die Krebserkrankung ungefähr auf? _____

Sie können im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung eine Ärztin/einen Arzt Ihres Vertrauens angeben. Falls Sie eine Vertrauensärztin/einen Vertrauensarzt nennen, 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 das Ergebnis Ihrer Untersuchung nur dann sicher, wenn Sie sie/ihn mit dem Befund aufsuchen.

Vertrauensarztdaten

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Adresse: _____

Fachrichtung: _____

Der Befund der heutigen Untersuchung kann nach 2 Tagen abgeholt werden. Er wird, wenn gewünscht, an Ihre Adresse geschickt oder zum Herunterladen für Sie freigegeben. Sollte der Befund unmittelbare Maßnahmen erfordern, wird er sofort mit Ihnen besprochen und ausgehändigt.

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

Ihre Bilder werden bei uns 10 Jahre lang digital gespeichert und können somit jederzeit gedruckt oder auf CD gebrannt werden.

- Ich habe die schriftliche Aufklärung verstanden, bin ausreichend informiert und verzichte auf eine mündliche Aufklärung.
- Ich stimme zu, dass meiner Vertrauensärztin/meinem Vertrauensarzt - sofern sie/er das wünscht - eine Kopie meines Befundes übermittelt werden kann.

Unterschrift: _____ Baden, am _____