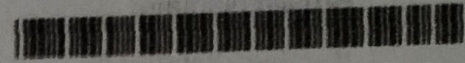


Fragebogen zum Mammographie-Screening

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrem Termin aus und bringen ihn zur Untersuchung mit

Screening-ID: 2500827788



Nach- und Vorname: **Peetz, Claudia**

Straße: Michelstadter Weg 19

PLZ, Wohnort: 13587 Berlin

Telefon: 01577 3092999

Geburtsdatum: 26.11.1968

Geburtsort: Berlin

Geburtsname: Stelzer

Krankenkasse: Siemens-Betriebskrankenkasse

1. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen erstellt worden? ☒ ja ☐ nein

Falls JA, bitte ausfüllen:

Wann wurde die letzte Mammographie angefertigt?

Innerhalb der letzten 12 Monate (Tag/Monat/Jahr)/...../.....

Vor mehr als 12 Monaten (Tag/Monat/Jahr) 05.07.2021

Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt? ☒ im Screening

Name oder Ort der Screening-Einheit: Screening-Einheit 1, Kapweg 3, 13405 Berlin
(Praxis Kettitz/Stelzer)

☐ außerhalb des Screenings

Name der/s Ärztin/Arztes oder der Praxis: [Signature]

Anschrift: [Signature]

Dürfen wir die Bilder anfordern? ☒ ja ☐ nein

2. Angaben zu Ihren behandelnden Ärzten

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt über das Untersuchungsergebnis informieren?

Falls JA, bitte ausfüllen:

Frauenärztin/-arzt Name: Zur Zeit auf der Suche nach
Anschrift: einer/einem Ärztin/Arzt (Frauenarzt)

Hausärztin/-arzt Name: Dr. Konstantin Grakas
Anschrift: Giesebrechtstraße 1, Berlin

Den Bericht ausschließlich an die Patientin Claudia Peetz

- Bitte wenden -

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

☒ ja

☐ nein

	links	rechts	
Diagnose Brustkrebs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum letzte Diagnose/..... (Monat/Jahr)
Anzahl Brustoperationen:			Datum letzte Brustoperation (Jahr)
Brustimplantate:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum OP Brustimplantat (Jahr)
Brustverkleinerung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum OP Brustverkleinerung (Jahr)
Entfernung der Brust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum OP Brustentfernung (Jahr)
Brusterhaltende OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entnahme Gewebeprobe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sonstige Operation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Erläuterung: <u>2018 Fibroadenom</u>

4. Haben Sie in letzter Zeit eine Veränderung der Brust bemerkt, die bei Ihnen Besorgnis erregt?

☐ ja

☒ nein

	links	rechts
Tastbare Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungen oder andere flüssige Absonderungen aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Haben Sie Anmerkungen?

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter/-innen in der Screening-Einheit.

Einladungsschreiben, Merkblatt und Fragebogen habe ich gelesen und verstanden. Ich willige ein, dass evtl. Vorbefunde oder Voruntersuchungen durch die Screeningeinheit gemäß § 73 Abs. 1b SGB V zwecks Beurteilung der aktuellen Untersuchung angefordert werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht und Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

06.11.23 Peetz
Datum, Unterschrift

Erklärung zum Verzicht auf das Aufklärungsgespräch

Ich bin durch die beigelegten Unterlagen über die wesentlichen Vor- und Nachteile des Mammographie-Screening-Programms informiert und verzichte auf mein Recht auf ein zusätzliches persönliches Aufklärungsgespräch durch eine Ärztin oder einen Arzt des Programms vor der Untersuchung.

Peetz, Claudia geboren am 26.11.1968

06.11.23 Peetz
Datum, Unterschrift