

## 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:

Wenn ja, welche (bitte auch um Seitenangabe): \_\_\_\_\_

Hatten Sie eine **BRUSTOPERATION**?  Ja  Nein

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_  rechts  links  gutartig  bösartig

War eine:  Bestrahlung/Strahlentherapie  Chemotherapie  Antihormontherapie erforderlich?

Nehmen Sie derzeit **Hormone** zur Verhütung oder gegen Wechselbeschwerden ein?  Ja  Nein

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 \_\_\_\_\_