

## Aufklärungsbogen – Mammographie

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 Österreich wird seit 1.1.2014 ein neues Programm zur Früherkennung von Brustkrebs angeboten. Neben Daten aus diesem Programm sollen auch die Daten von Mammographie und/oder Brustultraschall, welche nicht im Rahmen des Früherkennungsprogramms durchgeführt werden verschlüsselt gesammelt und zu Qualitätssicherung ausgewertet werden.

Die teilnehmenden Einrichtungen (Untersuchungseinheiten) müssen sich an strenge Qualitätsvorgaben halten. Alle teilnehmenden RadiologInnen verfügen über ein Zertifikat für Mammadiagnostik der Österreichischen Ärztekammer, die Mitarbeiter der Einrichtung sind speziell geschult, die digitalen Geräte auf dem letzten Stand der Technik.

Verschlüsselt bedeutet, dass aus den Daten kein Bezug zu einer konkreten Person hergestellt werden kann. Personenbezogene Gesundheitsdaten sind weiterhin ausschließlich bei der behandelnden Ärztin bzw. beim behandelnden Arzt vorhanden und werden ohne Information bzw. gegen den ausdrücklichen Willen der Patientin bzw. des Patienten selbstverständlich nicht an Dritte weitergegeben.

Sie, als Patientin für eine Mammographie und/oder einen Brustultraschall, wurden somit über die verschlüsselte Datenweitergabe zu Qualitätszwecken informiert. Wir bringen Ihnen ebenfalls zur Kenntnis, dass die notwendige Untersuchung (Mammographie und/oder Brustultraschall) auch durchgeführt wird, wenn Sie sich gegen die Datenweitergabe aussprechen, das heißt, dass die Untersuchung nicht an die Weiterleitung der Daten geknüpft ist.

Ich bin mit der verschlüsselten Weitergabe der Daten

- einverstanden.
- nicht einverstanden.

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Baden, am \_\_\_\_\_