

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte **AUSFÜLLEN** und am Tag Ihrer Mammografie **MITBRINGEN**

Referenznummer
Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Telefon privat

Ledigname
Geburtsdatum

Natel

Krankenversicherung

Versicherungsnummer
AHV-Nummer

Geben Sie hier den/die **Gynäkologen/Gynäkologin** (oder Hausarzt/ Hausärztin) an, der Ihr Untersuchungsergebnis erhalten soll.

Name
Vorname

Ort
Telefon

WICHTIG - Erläuterungen zur Verwendung Ihrer Daten und zu Ihrer Einverständniserklärung.

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, über die Funktionsweise der Früherkennungsuntersuchung, ihre Vorteile und Grenzen informiert worden zu sein.
- erlaube ich die Erfassung und Archivierung meiner medizinischen Daten in elektronischer und/oder Papierform sowie den Austausch dieser Daten zwischen Fachpersonen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung.
- erlaube ich die Weitergabe meiner Untersuchungsergebnisse in elektronischer und/oder Papierform an den/die von mir in diesem Formular genannten Arzt/Ärztin.
- erlaube ich den Abgleich meiner medizinischen Daten mit dem kantonalen Krebsregister.
- bestätige ich, darüber in Kenntnis gesetzt worden zu sein, dass meine Daten in anonymisierter Form für statistische und qualitätsverbessernde Massnahmen verwendet werden.
- erlaube ich die Weitergabe meiner kompletten Akte an das Früherkennungsprogramm meines neuen Wohnkantons.
- erlaube ich die Rückmeldung der Resultate aus einer eventuellen Folgeuntersuchung / Abklärung an das Früherkennungsprogramm.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Die Informationen, die Sie in diesem Fragebogen angeben, dienen den Radiologen dazu Ihre Mammografie zu beurteilen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage das für Sie Zutreffende an.

1a	Liessen Sie bereits eine Mammografie durchführen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																												
1b	Wenn ja, wann und in welchem Institut?	Datum: Institut:																												
1c	Wenn ja, warum wurde sie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Früherkennung <input type="checkbox"/> Brustproblem <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Ich weiss nicht.																												
2a	Unterziehen Sie sich derzeit einer Hormonbehandlung aufgrund der Wechseljahre?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit Jahr/en																												
2b	Wenn nein, haben Sie sich früher einer Hormonbehandlung aufgrund der Wechseljahre unterzogen?	<input type="checkbox"/> nein, nie <input type="checkbox"/> nicht mehr seit Jahr/en Behandlungsdauer Jahr/e																												
3	Wurden Verwandte von Ihnen wegen Brustkrebs behandelt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ich weiss nicht. Wenn ja, Alter zum Zeitpunkt der Diagnose? <table border="1" data-bbox="523 981 1522 1173"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mutter</th> <th>Schwester</th> <th>Tochter</th> <th>Andere (nähere Angaben)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>über 50 Jahre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>unter 50 Jahre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich weiss nicht.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					Mutter	Schwester	Tochter	Andere (nähere Angaben)	über 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unter 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich weiss nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Mutter	Schwester	Tochter	Andere (nähere Angaben)																										
über 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
unter 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Ich weiss nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
4	Haben Sie zum jetzigen Zeitpunkt Brustprobleme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? <table border="1" data-bbox="523 1321 1522 1563"> <thead> <tr> <th></th> <th>rechte Brust</th> <th>linke Brust</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schmerzen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ausfluss aus der Brustwarze</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Knoten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>andere (bitte nähere Angaben)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					rechte Brust	linke Brust	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausfluss aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere (bitte nähere Angaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	rechte Brust	linke Brust																												
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Ausfluss aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
andere (bitte nähere Angaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
5	Hatten Sie bereits eine Brustoperation oder einen Eingriff (z.B. eine Biopsie) an der Brust?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, handelte es sich um <table border="1" data-bbox="523 1697 1522 2116"> <thead> <tr> <th></th> <th>rechte Brust</th> <th>linke Brust</th> <th>nähere Angaben</th> <th>Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ästhetische Operation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Brustkrebs</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>anderes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					rechte Brust	linke Brust	nähere Angaben	Jahr	gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ästhetische Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	rechte Brust	linke Brust	nähere Angaben	Jahr																										
gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
ästhetische Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												