

MAMMOGRAFIE-SCREENING BEIDER BASEL

Gesundheitsfragebogen

Bitte ausgefüllt direkt zum Termin
MITNEHMEN – nicht zurücksenden.

Ihre Dossier Nr.

Persönliche Angaben (*Pflichtfelder)

Name	Tel. tagsüber*
Vorname	Handy-Nr.
Adresse	E-Mail
PLZ / Ort	Krankenkasse*
Geburtsdatum	AHV-Nr.

Das Ergebnis der Untersuchung wird Ihnen und **Ihrer Frauenärztin / Ihrem Frauenarzt** innerhalb von 8 Arbeitstagen schriftlich mitgeteilt.

Bitte nennen Sie uns

Ihre Frauenärztin / Ihren Frauenarzt

Name, Vorname

PLZ / Ort

**Bitte senden Sie das Ergebnis auch an
meine Hausärztin / meinen Hausarzt**

Name, Vorname

PLZ / Ort

WICHTIG – Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich über die Funktionsweise der Vorsorge und Früherkennung, ihre Vorteile und ihre Grenzen informiert wurde.
- bestätige ich verstanden zu haben, dass diese Untersuchung mit einem Fixbetrag und Franchise-befreit abgerechnet wird und lediglich ein Selbstbehalt von max. CHF 20.- in Rechnung gestellt wird und ich daher keine automatische Rechnungskopie erhalte. Falls ich diese dennoch wünsche, wende ich mich an das Programmzentrum.
- erlaube ich die Übermittlung meiner bisher erstellten und aufbewahrten Mammografie-Bilder an die verantwortliche Ärztin/den verantwortlichen Arzt des Radiologie-Instituts sowie an die akkreditierten Radiologinnen/Radiologen.
- erlaube ich den Austausch meiner medizinischen und personenbezogenen Daten (nachfolgend «Daten») zwischen den am Screening beteiligten Fachpersonen, sowohl per Post als auch verschlüsselter Mail sowie die Erfassung und Aufbewahrung meiner Daten durch die Krebsliga beider Basel (nachfolgend «Krebsliga») soweit dies zur Durchführung des Mammografie-Screening-Programms und der Sicherung seiner Qualität zwingend erforderlich ist; diese Daten werde vertraulich behandelt.
- erlaube ich den Informationsaustausch zwischen den von mir bezeichneten Ärztinnen / Ärzten und der Abteilung für Vorsorge und Früherkennung der Krebsliga soweit dies zur Durchführung des Mammografie-Screening-Programms und der Sicherung seiner Qualität zwingend erforderlich ist.
- nehme ich zur Kenntnis, dass meine Teilnahme am Mammografie-Screening-Programm die personenbezogene Meldung der Brustkrebsdiagnose an das Krebsregister beider Basel zur Folge hat.
- erlaube ich, dass die Krebsliga bei einem unauffälligen Befund zur Qualitätssicherung einen minimalen Datensatz (Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse) an das kantonale Krebsregister meldet und meine zwischen zwei Untersuchungen angefallenen personenbezogenen diagnostischen Daten einholt.
- nehme ich zur Kenntnis, dass meine anonymisierten Daten für statistische Zwecke und zur Qualitätsverbesserung des Programms verwendet werden können.
- erlaube ich, dass mein Dossier im Falle eines Umzugs an das offizielle Screening-Programm meines neuen Wohnkantons weitergeleitet wird.
- erlaube ich die Übermittlung von Ergebnissen Screening-relevanter Folgeuntersuchungen zur Qualitätssicherung des Mammografie-Screening-Programms an die Krebsliga.
- bestätige ich ausführlich über die Nutzung, Weitergabe und Speicherung meiner Daten informiert worden zu sein, ich habe das Recht, meine Daten jederzeit einzusehen, zu berichtigen und Widerspruch einzulegen.

Ort, Datum

Unterschrift

- Bitte wenden -

Warum stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrer Gesundheit? Ihre Angaben auf diesem Fragebogen sind wichtig für die zwei Röntgenärzte, die unabhängig voneinander Ihre Mammografie-Bilder beurteilen.

Ich habe diesen Fragebogen schon einmal ausgefüllt. Muss ich ihn noch einmal ausfüllen?

JA, denn seit Ihrer letzten Mammografie haben sich möglicherweise Angaben verändert.

<p>1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammografie gemacht?</p> <p>Falls ja, wann?</p> <p>-----</p> <p>Falls ja, weshalb?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Datum: _____</p> <p>Name des Instituts: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Früherkennung</p> <p><input type="checkbox"/> Probleme mit der Brust</p> <p><input type="checkbox"/> andere Gründe</p> <p><input type="checkbox"/> weiss nicht</p>																														
<p>2. Werden Sie mit Hormonpräparaten behandelt?</p> <p>Wurden Sie früher mit Hormonpräparaten behandelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit _____ Jahren</p> <p><input type="checkbox"/> nein, noch nie</p> <p><input type="checkbox"/> ja, nicht mehr seit _____ Jahren, Behandlung Dauer _____ Jahre</p>																														
<p>3. Ist Ihre Mutter, Schwester oder Tochter an Brustkrebs erkrankt?</p> <p>Falls ja, wie alt waren diese zum Zeitpunkt der Brustkrebs-Diagnose?</p> <p>-----</p> <p>50 Jahre oder älter</p> <p>Jünger als 50 Jahre</p> <p>weiss nicht</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;"></th> <th style="width: 33%;">Ihre Mutter</th> <th style="width: 33%;">Ihre Schwester</th> <th style="width: 33%;">Ihre Tochter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50 Jahre oder älter</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Jünger als 50 Jahre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>weiss nicht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ihre Mutter	Ihre Schwester	Ihre Tochter	50 Jahre oder älter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jünger als 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weiss nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
	Ihre Mutter	Ihre Schwester	Ihre Tochter																												
50 Jahre oder älter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
Jünger als 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
weiss nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
<p>4. Haben Sie gegenwärtig Brustbeschwerden?</p> <p>Falls ja:</p> <p>Schmerzen</p> <p>Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze</p> <p>Knoten</p> <p>Andere Veränderungen (bitte nähere Angaben dazu)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%;">Brust rechts</th> <th style="width: 25%;">Brust links</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schmerzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Knoten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andere Veränderungen (bitte nähere Angaben dazu)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Brust rechts	Brust links	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Veränderungen (bitte nähere Angaben dazu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	Brust rechts	Brust links																													
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Andere Veränderungen (bitte nähere Angaben dazu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
<p>5. Hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine Brustoperation?</p> <p>Falls ja:</p> <p>Eine gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)</p> <p>Brustkrebs</p> <p>Brust-Vergrösserung und/oder Brust-Verkleinerung</p> <p>Weiss nicht</p> <p>Andere (bitte ergänzen):</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 25%;">Brust rechts</th> <th style="width: 25%;">Brust links</th> <th style="width: 25%;">Kurze Beschreibung</th> <th style="width: 20%;">Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eine gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Brustkrebs</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Brust-Vergrösserung und/oder Brust-Verkleinerung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Weiss nicht</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Andere (bitte ergänzen):</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Brust rechts	Brust links	Kurze Beschreibung	Jahr	Eine gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Brust-Vergrösserung und/oder Brust-Verkleinerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Weiss nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Andere (bitte ergänzen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Brust rechts	Brust links	Kurze Beschreibung	Jahr																											
Eine gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Brust-Vergrösserung und/oder Brust-Verkleinerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Weiss nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Andere (bitte ergänzen):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													

Angaben kontrolliert durch radiologisches Institut (Unterschrift):
