



# Aufklärung und Einwilligung Mammographie mit ggf. Sonographie

Wir begrüßen Sie in unserer Praxis und bitten Sie, diesen Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen. **Bitte geben Sie mitgebrachte Unterlagen zu Voruntersuchungen an der Anmeldung ab. Sie erhalten diese nach der Untersuchung zurück.** Mit den Assistenten oder dem Arzt/der Ärztin können Sie vor der Untersuchung noch offene Fragen besprechen.

|               |                                                                                                                                      |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname | Geb.-Dat.                                                                                                                            |
| Adresse       |                                                                                                                                      |
| E-Mail        | Telefon                                                                                                                              |
| Krankenkasse  | KVB I-III <input type="checkbox"/> KVB IV <input type="checkbox"/> Post B <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> |
| Hausarzt      |                                                                                                                                      |

Besteht eine **Schwangerschaft** oder stillen Sie derzeit? ☐ Ja ☐ Nein  
Im ZWEIFEL sprechen Sie mit den Damen an der Anmeldung.

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Wo? Wann?

Gab es dabei Probleme? ☐ Ja ☐ Nein

Körpergröße cm Körpergewicht kg

Welche/r andere Ärztin/Arzt, außer dem Überweisenden, soll den Befundbericht noch erhalten?

Dr.

Bitte erteilen Sie uns die Erlaubnis, dass die Praxis frühere Befundberichte/Bilder/Laborwerte von Ihren Ärzten anfordern und einsehen darf: ☐ Ja ☐ Nein

Bitte geben Sie uns Ihre Zustimmung, dass wir Ihren weiterbehandelnden Ärzten auf deren Anforderung Befunde/Bilder zuschicken dürfen: ☐ Ja ☐ Nein

Bitte die weiteren Fragen auf der Rückseite beantworten ➔

**Das Einverständnis wird auf unbestimmte Zeit erteilt und kann jederzeit von Ihnen schriftlich widerrufen werden.**

**Sie haben die Erläuterungen zur Mammographie auf dem Beiblatt gelesen und verstanden und geben uns Ihre Einwilligung. Zu Ihrer Information können Sie das Beiblatt auch auf unserer Website abrufen und als PDF-Datei speichern. Link: [www.zr3.de/download](http://www.zr3.de/download)**

**Einwilligungserklärung:** Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit, nach ausreichender Bedenkzeit, meine Einwilligung zur geplanten Untersuchung.

Ort, Datum, Uhrzeit Unterschrift Patient(in)<sup>1</sup> / gesetzl. Vertreter<sup>2</sup>

Unterschrift Arzt Daten übern.:

Bei Übersetzung: Name/Unterschrift des Übersetzers

Wünschen Sie dieses Formular als Kopie? ☐ Ja ☐ Nein

Kopie erhalten: Unterschrift Patient(in)

<sup>1</sup> Auch Minderjährige oder betreute Erwachsene sollten ergänzend unterschreiben, wenn Sie in der Sache verständig sind.

<sup>2</sup> Grundsätzlich sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert die/der Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.



# Aufklärung und Einwilligung Mammographie mit ggf. Sonographie

Sind bei Ihnen ansteckende Erkrankungen bekannt (HIV, Hepatitis, MRSA, TBC)? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde innerhalb der letzten 4 Wochen eine Ultraschalluntersuchung der Brust durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen derzeit Beschwerden an Ihrer Brust? ☐ Rechts ☐ Links ☐ Nein

Welche?

Ist/war bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebserkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wer in welchem Alter?

Wurden Sie schon an der Brust operiert? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja: ☐ Rechts ☐ Links Wann?

Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung/Periode?

Nehmen Sie Hormonpräparate ein? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? Seit wann?

Falls Sie gestillt haben, gab es Probleme (z.B. Brustdrüsenentzündungen)? ☐ Ja ☐ Nein

Kommt aus der Brustwarze ein Sekret? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: ☐ Rechts ☐ Links Farbe: ☐ weißlich ☐ gelblich ☐ rötlich

Hatten Sie gynäkologische Operationen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, welche? Wann? Wo?

Unterschrift zur Einwilligung auf der Vorderseite ➔

**Bitte behalten Sie den Bogen bis Sie aufgerufen werden.**

Bitte achten Sie auf Ihre Garderobe, da die Praxis keine Haftung dafür übernehmen kann.