

BKFP FRAGEBOGEN

1. Meine letzte Mammografie war am: _____ wo: _____ Vorbilder: ja nein
2. Brustkrankungen: _____ ja nein welche: _____
3. Brustkrankungen in meiner Familie: _____ ja nein welche: _____
4. Ich habe Schmerzen/Beschwerden: _____ ja nein welche: _____

Sie können im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung eine/n Ärztin/Arzt Ihres Vertrauens angeben. Falls Sie eine/n Vertrauensärztin/-arzt nennen, wird diese/r 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.

Name Ärztin/Arzt: _____

Adresse: _____

Fachrichtung: _____

Bitte geben Sie eine Adresse an, an der Sie in den nächsten 14 Tagen erreichbar sind:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Sollte in Ihrem Befund eine Aufforderung enthalten sein, sich zu weiteren Abklärungsschritten und/oder Befundbesprechung mit uns in Verbindung zu setzen, kommen Sie dieser Aufforderung bitte nach. Wenn Sie das nicht tun, kann das außerordentlich schwerwiegende Folgen für Ihre Gesundheit haben.

Mit Ihrer Zustimmung, die Sie hiermit erklären, kann Ihre Vertrauensärztin/Ihr Vertrauensarzt auf ihren/seinen Wunsch hin eine Befundkopie Ihrer heutigen Untersuchung zur Information übermittelt werden.

Für den Fall, dass Sie sich durch diese schriftliche Aufklärung nicht ausreichend informiert fühlen, können Sie jederzeit ein Aufklärungsgespräch durch eine/n Ärztin/Arzt einfordern.

- Ich habe die schriftliche Aufklärung verstanden, bin ausreichend informiert und verzichte auf eine mündliche Aufklärung.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mich im Falle eines abklärungsbedürftigen Befundes umgehend mit Ihrer Einrichtung in Verbindung setzen muss, um ehestmöglich ein Gespräch mit einer Ärztin/einem Arzt über meinen Befund und sich daraus eventuell ableitende weitere Maßnahmen zu führen.
- Ich stimme zu, dass meiner Vertrauensärztin/meinem Vertrauensarzt – sofern sie/er das wünscht – eine Kopie meines Befundes übermittelt werden kann.

Datum _____

Unterschrift der Teilnehmerin _____