

Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen und zur Mammografie mitbringen

Name	_____	Geburtsname	_____
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Adresse	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. Privat	_____	Mobilnr.	_____
Tel. Geschäft	_____	Email	_____
Krankenkasse	_____	Versicherungs-Nr.	_____

Wir empfehlen Ihnen, uns **Ihre Gynäkologin / Ihren Gynäkologen** anzugeben. Ich möchte, dass folgende Ärztin / folgender Arzt über die Untersuchungsergebnisse informiert wird:

Name	_____	Adresse	_____
Vorname	_____	PLZ/Ort	_____

WICHTIG – Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich Informationsmaterial erhalten habe und die Informationsbroschüre gelesen habe.
- ich zur Kenntnis genommen habe, dass meine Daten in anonymisierter Form für statistische Zwecke sowie für die Qualitätskontrolle und den Wirksamkeitsnachweis des Mammografie-Screening-Programms bearbeitet und aufbewahrt werden können.
- ich verstanden habe, dass meine im Programm erhobenen Daten bei Brustkrebs aufgrund des nationalen Krebsregistrierungsgesetzes vollständig dem kantonalen Krebsregister gemeldet werden.
- ich verstanden habe, dass diese Untersuchung mit einem Fixbetrag und ohne Berücksichtigung der Franchise abgerechnet wird und lediglich ein Selbstbehalt von 10% in Rechnung gestellt wird und ich daher keine automatische Rechnungskopie erhalte. Falls ich dies wünsche, wende ich mich an das Programmzentrum.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte unterschreiben Sie. Ohne Ihre Unterschrift kann die Mammografie nicht durchgeführt werden.

Durch meine Teilnahme erkläre ich mich einverstanden, dass

- Mammografie-Bilder, welche ausserhalb des Programms erstellt wurden, bei Bedarf dem verantwortlichen medizinischen Fachpersonal des Instituts und Programms übermittelt werden können.
- die im Programm erstellten Mammografie Bilder und Untersuchungsergebnisse bei Bedarf an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden dürfen.
- meine weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte Untersuchungsberichte und Bilder (z.B. nach einer Abklärung oder bei einer Brustkrankung) an das Programmzentrum weitergeben dürfen.
- bei einem Wohnortwechsel Bilder und Ergebnisse an das Früherkennungsprogramm des neuen Wohnkantons (falls vorhanden) übermittelt werden dürfen.
- bei einem unauffälligen Befund ein minimaler Datensatz (Name, Vorname, Geburtsdatum, PLZ) an das Krebsregister gemeldet werden darf; dies dient der Beobachtung von Intervallkrebs (Diagnose von Brustkrebs zwischen zwei Untersuchungen) und damit der Qualitätssicherung im Screening-Programm.

Ihre Daten werden gemäss den gesetzlichen Vorschriften verwendet. Sie haben das Recht, Auskunft zu Ihren Daten und entsprechende Einsicht zu verlangen und ihr Einverständnis zu widerrufen. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Haben Sie jemals eine Mammografie durchführen lassen?

- Nein Ja Keine Antwort

Wenn ja, wann fand die letzte statt?

Datum: _____

Institut (wo?): _____

Aus welchem Grund wurde die Mammografie durchgeführt?

- Andere Früherkennung Problem mit der Brust Weiss nicht

2. Werden Sie momentan mit Hormonpräparaten behandelt?

- Nein Ja, seit _____ Keine Antwort

Wurden Sie früher mit Hormonpräparaten behandelt (z.B. Pille, Spirale)?

- Nein, noch nie
 Ja, nicht mehr seit _____ Jahren, Behandlung Dauer _____ Jahren
 Keine Antwort

3. Ist Ihre Mutter, Schwester oder Tochter an Brustkrebs erkrankt?

- Nein Ja Keine Antwort

Wenn ja, wie alt war/waren die betroffene/n Person/en zum Zeitpunkt der Diagnose?	Ihre Mutter	Ihre Schwester	Ihre Tochter	Weitere Verwandte
50 Jahre oder älter				
Unter 50 Jahre				
Weiss nicht				

4. Hatten Sie früher eine Brustoperation?

- Nein Ja Keine Antwort

Wenn ja, handelt es sich um	Die rechte Brust	Die linke Brust	Nähere Angaben	Jahr
Eine gutartige Veränderung				
Brustkrebs				
Brust-Vergrösserung				
Brust-Verkleinerung				
Andere				

Auch Frauen mit Implantaten können eine Mammografie durchführen lassen. Es kann sein, dass die Mammografie keine vollständige Beurteilung zulässt und zusätzlich Risiken beinhaltet. Besprechen Sie sich bitte mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, ob in Ihrem Fall alternative Bildgebungsverfahren besser wären.

Bitte benutzen Sie vor der Untersuchung keine Kosmetika wie Bodylotion oder Deodorants.

Durch das medizinische Personal auszufüllen

Untersuchungsdatum: _____

Untersuchungsort: _____