

## Liebe Interessierte am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm

Bevor die Früherkennungs-Untersuchung durchgeführt wird, bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zu lesen und zu unterschreiben.

Wie bei jeder medizinischen Untersuchung ist auch beim Thurgauer Programm für Brustkrebsfrüherkennung eine Speicherung Ihrer persönlichen Daten erforderlich. Diese Daten umfassen Name, Adresse und Geburtsdatum.

Des Weiteren werden folgende Dokumentationen erfasst:

- Technische Angaben zur Untersuchung
- Erhobene medizinische Daten
- Ergebnisse aus allenfalls erforderlichen weiteren Abklärungen
- Angaben zur allenfalls empfohlenen medizinischen Behandlung

Die datenschutzrechtlichen Anforderungen werden dabei selbstverständlich eingehalten, weitere Angaben dazu finden Sie auf der Einverständniserklärung auf der ersten Seite.

# Gesundheits-Fragebogen



**Bitte beim Empfang abgeben.**

Name \_\_\_\_\_ Mädchenname \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel. P. \_\_\_\_\_ Tel. G. / Handy \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. \_\_\_\_\_  
Nationalität \_\_\_\_\_

In welcher Sprache würden Sie künftig, falls verfügbar, gerne informiert werden?  Deutsch  Andere \_\_\_\_\_

Wir empfehlen Ihnen, einen Arzt resp. einen Gynäkologen Ihres Vertrauens hinzuzuziehen, der über Ihre Untersuchungsergebnisse informiert wird.

- Nein, ich möchte keinen Arzt/keine Ärztin hinzuziehen  
 Ja, ich möchte folgenden Arzt/folgende Ärztin hinzuziehen

Hausarzt  Gynäkologe  Hausarzt  Gynäkologe  
Name/Vorname \_\_\_\_\_ Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Warum stellen wir Fragen zu Ihrer Gesundheit?

Die Angaben zu Ihrer Gesundheit sind wichtig für die zwei Röntgenärzte, die unabhängig voneinander Ihre Mammografie-Bilder beurteilen werden.

Ich habe diesen Fragebogen schon einmal ausgefüllt. Muss ich ihn noch einmal ausfüllen?  
JA, denn seit Ihrer letzten Mammografie haben sich Ihre Angaben möglicherweise geändert.

## WICHTIG – Einverständniserklärung zur Verwendung Ihrer Daten

Mit meiner Unterschrift

- erkläre ich mich einverstanden, dass spätere Befunde im Zusammenhang mit einer möglichen Brusterkrankung bei meinen behandelnden Ärzten eingeholt werden können. Diese Angaben unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Die Daten werden gemäss gesetzlichen Vorschriften verwaltet und archiviert.
- erkläre ich mich einverstanden, dass die Daten in anonymisierter Form dem kantonalen Krebsregister für statistische und für Forschungszwecke zugeführt sowie zur laufenden Qualitätsverbesserung des Programms verwendet werden.
- bestätige ich, dass ich über das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm aufgeklärt wurde, insbesondere über die Vorteile und die Grenzen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ohne Ihr Einverständnis (Unterschrift) können wir die Untersuchung leider nicht durchführen.

**Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:**

**1 Haben Sie jemals zuvor eine Mammografie durchführen lassen?**

- nein  ja

**Wenn ja,** wann fand die Letzte statt? (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Wurde diese zur Früherkennung durchgeführt?

- nein  ja

**2 Werden Sie momentan mit Hormonpräparaten behandelt?**

- nein  ja, seit \_\_\_\_\_ Jahren

Wurden Sie früher mit Hormonpräparaten behandelt?

- nein, noch nie  
 ja, nicht mehr seit \_\_\_\_\_ Jahren

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

- nein  ja

<b>Wenn ja,</b> wie alt war/waren die betroffene/n Person/en zum Zeitpunkt der Diagnose?	Ihre Mutter	Ihre Schwester	Ihre Tochter
50 Jahre oder älter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unter 50 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiss nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4 Haben Sie zum jetzigen Zeitpunkt Beschwerden mit der Brust?**

- nein  ja

<b>Wenn ja,</b> handelt es sich um	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nähere Angaben:		

**5 Hatten Sie früher eine Brustoperation?**

- nein  ja

<b>Wenn ja,</b> handelte es sich um	rechte Brust	linke Brust	Angaben zur Operation	Jahr
Eine gutartige Veränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brust-Vergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brust-Verkleinerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Technisches Blatt**

**Durch das medizinische Personal auszufüllen**

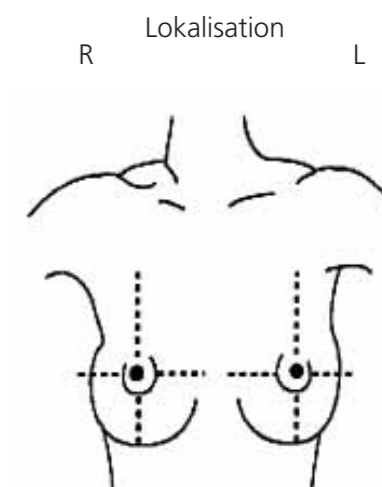
Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Untersuchungsort**  KSF  KSM  RIWAG

**Name MTRA** \_\_\_\_\_

Klinisch auffällige Merkmale  
 zutreffendes bitte ankreuzen

	rechte Brust	linke Brust
Narbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naevus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deformation der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingezogene Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfluss aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pigmentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Technische Schwierigkeiten, sonstige Anmerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vergleichsaufnahmen vorhanden?  ja  nein