



PATIENTINNEN-INFORMATION SCREENING-MAMMOGRAPHIE / BRUST-ULTRASCHALL

Sehr geehrte Patientin!

In dem seit 1. Jänner 2014 laufenden Programm zur Brustkrebsfrüherkennung ist vereinbart, dass Ihre Mammographie von zwei Fachärzten für Radiologie unabhängig voneinander begutachtet wird. Der daraus folgende Befund wird, wenn Sie uns keinen Vertrauensarzt angeben wollen, an Sie persönlich per Post geschickt. **Wir bitten Sie daher um Angabe der Adresse, über die Sie in den nächsten 14 Tagen erreichbar sind:**

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Sollte Ihre Untersuchung einen verdächtigen bzw. weiter abzuklärenden Befund ergeben, werden wir uns spätestens am Tag nach Ihrer Untersuchung bemühen, Sie telefonisch zu erreichen, um mit Ihnen einen Besprechungstermin zu vereinbaren. Wir bitten Sie daher um Angabe der Telefonnummer, unter der Sie am besten erreichbar sind:

Telefon

Falls uns eine telefonische Kontaktaufnahme nicht gelingt, schicken wir Ihnen einen eingeschriebenen Brief mit der Bitte, sich mit uns zur Besprechung von weiteren Abklärungsschritten in Verbindung zu setzen. Im Interesse Ihrer Gesundheit ersuchen wir Sie, einer solchen Aufforderung möglichst rasch nachzukommen. Im Rahmen des Mammographie-Screenings können Sie auch eine Ärztin/einen Arzt Ihres Vertrauens angeben (Frauenärztin/-arzt, Hausärztin/-arzt, ...). Diese/r wird dann darüber informiert, dass bei Ihnen heute eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wurde. Eine automatische Befundübermittlung findet nicht statt.

Vertrauensärztin / -arzt

Bei beidseitigem Wunsch bzw. Einverständnis übermitteln wir gerne auch eine Kopie Ihres Befundes an Ihre Vertrauensärztin/Ihren Vertrauensarzt.

Ich stimme zu, dass meiner Vertrauensärztin/meinem Vertrauensarzt – sofern sie/er das wünscht – eine Kopie meines Befundes übermittelt werden kann.

Datum

Unterschrift

FRAGEBOGEN SCREENING-MAMMOGRAPHIE

HABEN SIE VERÄNDERUNGEN AN DER BRUST BEMERKT?

Nein

Ja

welche Brust _____

rechts

links

seit wann? _____

welche Veränderung? _____

FAMILIÄRE BRUST- ODER EIERSTOCKKREBSBELASTUNGEN?

Nein

Ja

wer? _____

in welchem Alter? _____

HATTEN SIE BEREITS OPERATIONEN ODER GEWEBSENTNAHMEN AN DER BRUST?

Nein

Ja

welche Brust _____

rechts

links

wann? _____

Ergebnis? _____

NEHMEN SIE HORMONPRÄPARATE? (Z.B. PILLE, ...)

Nein

Ja

HABEN SIE BRUSTIMPLANTATE?

Nein

Ja

seit wann? _____

LETZTE MAMMOGRAPHIE?

wann? _____

wo? _____

NAMENSÄNDERUNG SEIT DER LETZTEN MAMMOGRAPHIE?

Nein

Ja