



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und geben ihn bei der Anmeldung ab. Vielen Dank!

1. Persönliche Daten

Nachname
Vorname
Telefon: /EMail:
Krankenkasse
Frauenarzt

2. Risikofaktoren (Kreberkrankungen in der Familie)

Mutter:
Geschwister
Vater:
and. Verwandte:

3. Zyklus regelmäßig / unregelmäßig / Wechseljahre seit:.....

4. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie –Aufnahmen angefertigt worden?

Ja, wann? (Monat/Jahr)

Nein Wo?.....

Nehmen Sie am Screening Programm Hamburg teil?

5. Angaben zu früheren Brustoperationen

Sind Sie schon einmal an der Brust erkrankt oder operiert worden?

Ja.....wann.....rechts.....links.....

Brustimplantate.....

Tastbare Knoten.....

Blutungen oder andere flüssige Absonderungen aus der Brustwarze:

rechts.....links.....

Mastopathie.....Sonstiges.....

7. Narben nach Brust-OP: / Zustand nach Mamma CA – OP:

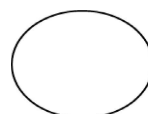
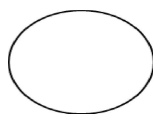
Wo wurde OP durchgeführt? ...

Bestrahlung: Nein...../Ja...../ Wann.....

Narben:

Rechts:

Links:



Unterschrift der Patientin

Bitte wenden!

RADIOLOGIE DAMMTOR
STEPHANSPLATZ
DAMMTORWALL

MAMMA-DIAGNOSTIK
STEPHANSPLATZ

MRT-DIAGNOSTIK
DAMMTORWALL

ULTRASCHALL-DIAGNOSTIK
STEPHANSPLATZ

Mamma-Diagnostik
Ultraschall-Diagnostik
Stephansplatz 1-3
20354 Hamburg
Telefon 040 3500484-0
Telefax 040 3500484-66
mamma@radiologie-dammtor.de

MRT-Diagnostik
Dammtorwall 7a
20354 Hamburg
Telefon 040 3500484-0
Telefax 040 30778705
mrt@radiologie-dammtor.de

info@radiologie-dammtor.de
www.radiologie-dammtor.de

Ärzte für Radiologie
Dr. med. Daniel Rückner
Dr. med. René Rückner
Evelyn Stolle
Dr. med. Anke Bittrich
Dr. med. Manfred Siemers
et al.

Dt. Apotheker- u. Ärztebank
DE 92 3006 0601 0029 4285 93
DAAEDEDXXX



Datenschutzerklärung:

Patientenaufklärung nach §630e BGB: (1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. (2) Die Aufklärung muss 1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Befähigung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält, 2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann, 3. für den Patienten verständlich sein. Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen. (3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat. (4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt (z.B.Gynäkologe) Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Haus- bzw.Facharzt weiterzuleiten. Mein Arzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Facharzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum / Unterschrift:

.....

Liebe Patienten/innen,

bitte kreuzen Sie hier Ihren Impfstatus zu COVOD 19 an!

1 x geimpft

2 x geimpft

Vielen Dank! Ihr PraxisTeam!