



## GESUNDHEITSFrageBOGEN

Bitte dem medizinischen Personal abgeben,  
welches Ihre Mammografie durchführt

Referenznummer

Name	_____	Mädchenname	_____
Vorname	_____	Geburtsdatum	___ / ___ / ___
Adresse	_____		
PLZ	_____	Ort	_____
Tel. privat	_____	Tel. Geschäft / Natel	_____
Krankenkasse	_____	Versicherungs- oder AHV-Nr.	_____

### Arzt/Ärztin, der/die über Ihre Untersuchungsergebnisse informiert werden soll (Frauenarzt, sonst Hausarzt):

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	Ort	_____

### Warum dieser Fragebogen?

Ihre Angaben auf diesem Fragebogen sind unentbehrlich für die Auswertung Ihrer Mammografie und werden von den beurteilenden Röntgenärzten gelesen.

### WICHTIG – Erläuterungen zur Verwendung Ihrer Daten und bezüglich Ihrer Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass

- die neuen wie auch die älteren Mammografien physisch oder numerisch an das Zentrum für Brustkrebscreening weitergeleitet und durch die Radiologen akkreditiert werden.
- die Mammografien und die Resultate der im Rahmen des Brustkrebscreening-Programmes getätigten Untersuchungen, gemäss den gesetzlichen Normen und Vorschriften des Datenschutzes behandelt werden.
- die Befunde der Zusatzuntersuchungen durch die Ärzte des Zentrums für Brustkrebscreening, vertraulich und der medizinischen Schweigepflicht entsprechend genutzt werden können. Ich gestatte deshalb den Austausch von Informationen zwischen meinem behandelnden Arzt und den Ärzten des Zentrums für Brustkrebscreening.
- meine anonymen Daten werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Verbesserung der Qualität des Brustkrebscreening-Programmes und für statistische Zwecke verwendet.
- das Walliser Tumregister die Informationen betreffend der Entwicklung des Intervallkrebses an das Zentrum für Brustkrebscreening weiterleitet.
- anlässlich eines Umzugs, mein vollständiges Dossier an das Zentrum für Brustkrebscreening des neuen Wohnkantons zugestellt wird.

Informationen zur Datenverarbeitung sind unter folgender Adresse zu finden:

<https://www.depistagesein-vs.ch/de/informationen-datenschutz-108.html>

Ich bestätige, dass ich gewissenhaft über die Organisation, Nutzen und Nachteile des Brustkrebscreening-Programmes im Gespräch mit meinem Arzt oder über die Dokumentation aufgeklärt wurde.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an.**

**1 Haben Sie in der Vergangenheit bereits eine Mammografie durchführen lassen?**

Wenn ja, wann fand diese statt (Tag/Monat/Jahr)?  
Aus welchem Grund wurde sie durchgeführt?

- ja  
 nein  
 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Früherkennungsprogramm  
 Problem mit der Brust

**2 Werden Sie momentan auf Grund der Wechseljahre mit Hormonpräparaten behandelt?**

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

**3 Gibt es in Ihrer Familie Verwandte die Brustkrebs hatten?**

- ja  
 nein

Falls ja, wie alt waren diese zum Zeitpunkt der Diagnose?	Ihre Mutter	Ihre Schwester	Ihre Tochter	andere
über 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unter 50 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiss nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4 Haben Sie zum jetzigen Zeitpunkt Probleme mit Ihren Brüsten?**

- ja  
 nein

Wenn ja, handelt es sich um	die rechte Brust	die 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"/>

**5 Hatten Sie früher eine Brustoperation?**

- ja  
 nein

Falls ja, handelt es sich um	die rechte Brust	die linke Brust	bitte nähere Angaben	Jahr
eine gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brust-Vergrößerung Brust-Verkleinerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		