

**Bitte zur Untersuchung mitbringen**  
(nicht zurücksenden)

Name	_____	Geburtsname	_____
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Strasse	_____	PLZ / Ort	_____
Tel. P.	_____	Tel. G. / Handy	_____
Krankenkasse	_____	Nationalität	_____

**Für eine Terminvereinbarung rufen Sie bitte im Programmzentrum an, Tel. 052 723 74 00**

Wir empfehlen Ihnen, uns Ihre Gynäkologin / Ihren Gynäkologen oder Ihre Hausärztin / Ihren Hausarzt anzugeben.

- Nein, ich möchte nicht dass meine Ärztin / mein Arzt über das Untersuchungsergebnis informiert wird.
- Bitte informieren Sie folgende Ärztin / folgenden Arzt über das Untersuchungsergebnis  
(nur eine Ärztin / ein Arzt möglich).

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich Informationsmaterial erhalten habe und ich mich damit über die Vorteile, Nachteile und Grenzen der Mammografie zur Früherkennung informieren konnte.
- erlaube ich die Erfassung und Archivierung meiner medizinischen Daten zwischen Fachpersonen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung.

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

(Ohne Ihre Unterschrift kann die Untersuchung/Mammografie nicht durchgeführt werden)

## Durch meine Teilnahme erlaube ich

- die Meldung meiner Daten an das Krebsregister Ostschweiz (nur bei einer Brusterkrankung).
- die Verwendung meiner anonymisierten Daten für statistische Zwecke und zur laufenden Qualitätsverbesserung des Thurgauer Programms.
- im Falle eines Wohnortwechsels, die Weitergabe von Röntgenbildern und Untersuchungsberichten an das Früherkennungsprogramm (falls vorhanden) des neuen Wohnkantons.
- meinen behandelnden Ärzten die Weitergabe sämtlicher Untersuchungsberichte nach Abklärungen oder bei einer Brusterkrankung an das Thurgauer Programmzentrum. Diese Daten unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht und werden gemäss den gesetzlichen Vorschriften bearbeitet und archiviert.

## Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

### 1 Haben Sie jemals eine Mammografie durchführen lassen?

- nein       ja       keine Antwort

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

**Institut** \_\_\_\_\_

Aus welchem Grund wurde sie durchgeführt?

- Andere       Früherkennung       Probleme mit der Brust       weiss nicht

### 2 Ist Ihre Mutter, Schwester oder Tochter an Brustkrebs erkrankt?

- nein       ja       keine Antwort

<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"/>

### 3 Haben Sie zum jetzigen Zeitpunkt Veränderungen oder Beschwerden an/mit der Brust?

- nein       ja       keine Antwort

<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:		

### 4 Hatten Sie jemals eine Brustoperation?

- nein       ja       keine Antwort

<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"/>		

Bitte benutzen Sie vor der Untersuchung weder Body-Lotion noch Deodorant und denken Sie daran, Ihre Krankenkasse-Karte mitzubringen.