

NAME	_____	VORNAME	_____
GEBURTSNAME	_____	GEB-DATUM	_____
STRASSE + NR	_____	PLZ / ORT	_____
TEL.PRIVAT	_____	TEL. MOBILE	_____
KRANKENKASSE	_____		
EMAIL	_____		

ALLE UNTERLAGEN ZUKÜNFTIG PER MAIL ERHALTEN ☐ JA ☐ NEIN

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

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.
- ich zur Kenntnis genommen habe, dass meine anonymisierten Daten für statistische Zwecke und zur laufenden Qualitätsverbesserung des Brustkrebs Screening-Programms verwendet werden.

ICH BIN DAMIT EINVERSTANDEN, DASS

- meinen behandelnden Ärztinnen/Ärzten sämtlicher Untersuchungsberichte nach Abklärungen oder bei einer Brusterkrankung an die Ärztinnen/Ärzte der Clario Stiftung weitergeben. Diese Daten unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht und werden gemäss den gesetzlichen Vorschriften bearbeitet und archiviert.
- meine Untersuchungsergebnisse an die/den von mir in diesem Formular angegebene/n Gynäkologin/Gynäkologen oder Hausärztin/Hausarzt weitergegeben werden dürfen.
- meine medizinischen Daten erfasst und archiviert sowie zwischen Fachpersonen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung ausgetauscht werden.
- im Falle eines Wohnortwechsels, Röntgenbilder und Untersuchungsberichte an das Früherkennungsprogramm (falls vorhanden) des neuen Wohnkantons weitergegeben werden.
- künstliche Intelligenz (KI) zur Unterstützung der Beurteilung meiner Mammographie verwendet wird. Alle KI-Empfehlungen werden immer von qualifizierten Radiologen/innen überprüft.

Sie haben das Recht Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Weitere Informationen über die Bearbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Website www.clario.swiss.

Datum _____ Unterschrift _____

Warum stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrer Gesundheit?

Ihre Angaben auf diesem Fragebogen sind wichtig für unsere Radiologen, welche Ihre Mammografie-Bilder beurteilen.

Ich habe diesen Fragebogen schon einmal ausgefüllt. Muss ich ihn nochmals ausfüllen?

JA, denn seit Ihrer letzten Mammografie haben sich möglicherweise Angaben verändert.

1. HABEN SIE JEMALS EINE MAMMOGRAFIE DURCHFÜHREN LASSEN?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Antwort

Wenn ja, wann fand die Letzte statt? (Monat / Jahr) _____

Name des Instituts _____

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

Alter bei Diagnose	Ihre Mutter	Ihre Schwester	Ihre Tochter
50 Jahre oder älter	☐	☐	☐
Unter 50 Jahren	☐	☐	☐
Weiss nicht	☐	☐	☐

3. HABEN SIE ZUM JETZIGEN ZEITPUNKT VERÄNDERUNGEN ODER BESCHWERDEN AN/MIT DER BRUST?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Antwort

Wenn JA, handelt es sich um	Rechte Brust	Linke Brust
Schmerzen	☐	☐
Ausfluss aus der Brustwarze	☐	☐
Knoten	☐	☐
Andere	☐	☐
Nähere Angaben:		

4. HATTEN SIE JEMALS EINE BRUSTOPERATION?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Keine Antwort

Wenn JA, handelte es sich um	Rechte Brust	Linke Brust	Angaben zur Operation	Jahr
Eine gutartige Veränderung	☐	☐		
Brustkrebs	☐	☐		
Brust-Vergrösserung	☐	☐		
Brust-Verkleinerung	☐	☐		
Andere	☐	☐		