



SCREENING MAMMOGRAFICO CANTON TICINO

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Bitte ausfüllen und dem medizinischen Personal abgeben,
welches Ihre Mammographie durchführt.

Dossier-Nr.:

Persönliche Angaben

Name:		Mädchenname:	
Vorname:		Geburtsdatum:	
Adresse:		PLZ, Ort:	
Tel. Privat:		Nationalität:	
Tel. Geschäft:		Krankenkasse:	
Tel. Mobil:		Vers. Nr.:	
E-mail:		Bemerkungen:	

Angaben Ihrer Gynekolog/Gynekologin *

Anderer Arzt/Ärztin des Vertrauens *

Cognome:		Cognome:	
Nome:		Nome:	
Indirizzo:		Indirizzo:	
NAP e Luogo:		NAP e Luogo:	
Telefono:		Telefono:	

* Falls Sie kein/-e Arzt/Ärzte des Vertrauens anzeigen und/oder im Fall eines positiven Ergebnisses Ihrer Mammographie, wird das Ergebnis der Untersuchung gesendet zum Radiologe, Leiter des Zentrums für Radiologie, wo Sie Ihre Mammographie durchgeführt haben.

1. n Sie jemals zuvor eine Mammographie durchführen lassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, wann?	Datum: __ / __ / ____ Name des Instituts: _____
Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/> Früherkennung <input type="checkbox"/> Probleme mit der Brust <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> weiss nicht
2. Lassen Sie sich momentan mit Hormonpräparaten behandeln?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit ____ Jahren
Falls nein, hatten Sie sich jemals zuvor mit Hormonpräparaten behandeln lassen?	<input type="checkbox"/> nein, ich wurde nie mit Hormonpräparaten behandelt <input type="checkbox"/> ja, nicht mehr seit ____ Jahren, die Behandlung dauerte damals: ____ Jahre



SCREENING MAMMOGRAFICO CANTON TICINO

3. Ist Ihre Mutter, Schwester oder Tochter an Brustkrebs erkrankt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Wenn ja, geben Sie bitte Verwandtschaftsgrad und Alter an:	Ihre Mutter	Ihre Schwester	Ihre Tochter	Andere: _____
50 Jahre oder älter	<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 gegenwärtig Brustprobleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Wenn ja, es handelt sich um:	Brust rechts		Brust links	
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Veränderung (bitte nähere Angaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hatten Sie in der Vergangenheit bereits Brustprobleme oder eine Brustoperation?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Wenn ja, es handelte sich um:	Brust rechts	Brust links	Kurze Beschreibung	Jahr
eine gutartige Veränderung (Zyste, Fibrom, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brust-Vergrösserung Brust-Verkleinerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Andere (ergänzen Sie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

WICHTIG – Erläuterungen zur Verwendung Ihrer Daten und bezüglich Ihrer **Einverständniserklärung**.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass:

- Ich über die Brustkrebs-Früherkennung aufgeklärt wurde und die Informationsbroschüre im Anhang des Einladungsbriefes gelesen und verstanden habe.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass:

- meine personenbezogenen und meine relevanten medizinischen Daten, sowie die Bilder meiner früheren und meiner aktuellen Mammographien zentral gespeichert, übertragen und von Centro Programma Screening Ticino angesehen werden;
- meine personenbezogenen und meine relevanten medizinischen Daten, sowie die Bilder meiner früheren und meiner aktuellen Mammographie übertragen werden und von den akkreditierten Radiologen für diagnostische Zwecke angesehen werden;
- die Untersuchungsergebnisse im Zusammenhang mit einer möglichen Brusterkrankung von Centro Programma Screening Ticino übertragen werden, zu meiner/meinen oben genannten Arzt/Ärztin des Vertrauens, oder, falls kein/keine Arzt/Ärztin des Vertrauens genannt wurde/wurden, zum Radiologe, Leiter des Zentrums für Radiologie, wo ich die Mammographie durchgeführt habe;
- die Ergebnisse der zusätzlichen Untersuchungen und die Anzeige/Durchführung von medizinischen Behandlungen, die als Ergebnis der Mammographie vorgelegt werden konnten, werden dem Centro Programma Screening Ticino und dem Krebsregister des Kantons Tessin übertragen. Hiermit entbinde ich der/die genannten Arzt/Ärztin des Vertrauens, sowie die akkreditierten Radiologen und die Ärzte, die die zusätzlichen Tests und medizinischen Behandlungen durchführen, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Centro Programma Screening Ticino und dem Krebsregister des Kantons Tessin. Dieser Datenaustausch unterliegt den gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes;
- meine Daten in anonymisierter Form für statistische Zwecke und für die Qualitäts- und Wirksamkeitskontrolle des Mammographie-Screening Programms, gemäss den gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes von dem Centro Programma Screening Ticino und dem Krebsregister des Kantons Tessin bearbeitet werden können;
- im Fall einer Wohnsitz Änderung in der Schweiz, mein ganzes Dossier zur verantwortliches Screening Programm übertragen wird.

Ort, Datum:

Unterschrift: