

Brustkrebsfrüherkennungsprogramm - BKFP

Sie können im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung eine Ärztin/einen Arzt Ihres Vertrauens angeben.

Mit Ihrer Zustimmung, die Sie hiermit erklären, kann Ihre Vertrauensärztin/Ihr Vertrauensarzt auf ihren/seinen Wunsch hin eine Befundkopie Ihrer heutigen Untersuchung erhalten, eine automatische Befundübermittlung findet nicht statt.

Vertrauensarzt/-ärztin:

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Adresse: _____

Fachrichtung: _____

Der Befund der heutigen Untersuchung wird an Sie persönlich – an die von Ihnen angegebene Adresse – übermittelt, über die Sie in den nächsten 14 Tagen erreichbar sind

Ihre Daten

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Sollte in Ihrem Befund eine Aufforderung enthalten sein, sich zu weiteren Abklärungsschritten und/oder Befundbesprechung mit uns in Verbindung zu setzen, kommen Sie dieser Aufforderung bitte unbedingt nach. Wenn Sie das nicht tun, kann das außerordentlich schwerwiegende Folgen für Ihre Gesundheit haben.

Für den Fall, dass Sie sich durch diese schriftliche Aufklärung nicht ausreichend informiert fühlen, können Sie jederzeit ein Aufklärungsgespräch durch eine Ärztin/einen Arzt einfordern.

BLATT BITTE WENDEN!!

Bitte ankreuzen!

- Ich habe die schriftliche Aufklärung verstanden, bin ausreichend informiert und verzichte auf eine mündliche Aufklärung
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mich im Falle eines abklärungsbedürftigen Befundes umgehend mit Ihrer Einrichtung in Verbindung setzen muss. Um ehestmöglich ein Gespräch mit der Ärztin/dem Arzt über meine Befund und sich daraus ableitende weitere Maßnahmen zu führen.
- Ich stimme zu, dass meiner Vertrauensärztin/meinem Vertrauensarzt – sofern sie/es das wünscht – eine Kopie meines Befundes übermittelt werden kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____