

يرجى ملء هذا الاستبيان وتحديد المعلومات الصحيحة

اسم العائلة Familienname	الاسم الأول Vorname	تاريخ الميلاد Geburtsdatum
هاتف Telefon	آخر تصوير ماموجرافي letzte Mammographie	
		البريد الإلكتروني E-Mail Adresse
هل لديك زراعة ثدي؟ Haben Sie ein Brustimplantat?	لا	نعم
إذا كان نعم، أي جانب؟ Wenn ja, welche Seite?	يسار	يمين
إذا كان نعم، منذ متى؟ Wenn ja, seit wann?		
هل توجد صور إشعاعية سابقة لمنطقة الفحص؟ Voraufnahmen des Untersuchungsbe- reichs?	نعم	لا
سيتم تقديمها لاحقاً werden nachgereicht	نعم (مقدم خدمة آخر ja, anderer)	لا nein

هل تعاني من أعراض في منطقة الفحص؟ Beschwerden im Untersuchungsbereich?	لا	نعم
إذا كان نعم، ما هي الأعراض؟ Wenn ja, welche?	ألم Schmerzen	انكماش (لحمة الثدي) Einziehung
كتل يمكن الشعور بها في الثدي tastbare Knoten	تغيير في الجلد Hautveränderung	إفرازات سائلة Flüssigkeitsaustritt
ألم شد في الثدي Ziehen	تورم الثدي Brustvergrößerung	
يرجى تحديد نقاط الشكوى الخاصة بك ←		

هل سبق وأن أصبت بمرض في الثدي أو خضعت لعملية جراحية؟ Sind Sie schon einmal an der Brust erkrankt oder operiert worden?	لا	نعم
إذا كان نعم، متى وأي جانب؟ Wenn ja, wann, welche Seite?	يسار	يمين
ما هو العلاج الذي تم تلقيه؟ Wie wurde therapiert?	العلاج الإشعاعي Bestrahlung	العلاج الكيميائي Chemotherapie
ما هو العلاج الهرموني Hormontherapie	عملية جراحية OP	حميد gutartig
استئصال الثدي Ablatio	خبث böstartig	

هل خضعت لعملية جراحية في منطقة البطن من قبل؟ Sind Sie schon einmal am Unterleib operiert worden?	لا	نعم
إذا كان نعم، متى؟ Wenn ja, wann?		
ما نوع العملية الجراحية؟ Welche Art von OP?		

آخر دورة شهرية letzte Periode	الدخول في سن اليأس منذ Menopause seit
أخذ الهرمونات حالياً (هرمونات سن اليأس) Ich nehme derzeit Hormone (Menopausale)	منذ متى؟ Seit wann?
لا	نعم

التاريخ العائلي المرضي Familiäre anamnese						
ظهر سرطان الثدي في عائلتي In meiner Familie ist Brustkrebs aufgetreten						
تست / قريبة Tante/Cousine	جدة Großmutter	أم Mutter	أخت Schwester	ابنة Tochter	عمر الإصابة لدى الشخص Erkrankungsalter der Person	لا
نعم						لا
ظهر سرطان المبايض في عائلتي In meiner Familie ist Eierstockkrebs aufgetreten						
تست / قريبة Tante/Cousine	جدة Großmutter	أم Mutter	أخت Schwester	ابنة Tochter	عمر الإصابة لدى الشخص Erkrankungsalter der Person	لا
نعم						لا

توقيع الطبيب/الطبيبة في مركز Diagnostikum Berlin Unterschrift Arzt\*in des Diagnostikum Berlin

ملاحظات أخرى Sonstige Anmerkungen

ينبغي لطبيبي المحوّل أن يتلقى نتائج الفحص

Mein überweisender Arzt soll die Untersuchungsergebnisse erhalten

بيان خصوصية البيانات Datenschutzerklärung

بتوقيعي أؤكد إذا كان ذلك نيابة عن المريض:

أني قرأت وفهمت استمارة الإيضاح، وأجبت على أسئلة التاريخ الطبي بأفضل ما لدي من معرفة.

أني قد فكرت في قراري بعناية. لا أحتاج إلى فترة تفكير إضافية وأوافق على الفحص أنه تم إعلامي بشكل كامل عن الفحص المخطط له. ليس لدي أي أسئلة أخرى وقد تم توضيح كل شيء لي بشكل كامل

#### Doctolib

بهذا أوافق على أن يقوم مركز Diagnostikum Berlin بتذكيري بموعدتي. من خلال موافقتي، أوافق على معالجة بياناتي التالية لغرض التذكير بالموعد: رقم الهاتف المحمول أو

عنوان البريد الإلكتروني. نحيطكم علمًا بأننا نستخدم خدمة Doctolib كجهة خارجية لتقديم خدمة التذكير بالمواعيد. تتم هذه الموافقة بناءً على المادة 9 الفقرة 2 (أ) بالارتباط مع Stimmt Terminerinnerung durch Doctolib über

Mobilfunknummer (Kästchen 1) / E-Mail Adresse (Kästchen 2) zu

المادة 6 الفقرة 1 (أ) والمادة 7 من اللائحة العامة لحماية البيانات (DSGVO).

Lehnt Terminerinnung durch Doctolib ab

لا أوافق على خدمة تذكير الموعد.

أقرّ بموافقتي الطوعية على الخضوع للفحص الطبي الذي سيتم إجراؤه، وأؤكد أن جميع المعلومات التي أدليت بها هنا صحيحة وكاملة. يمكنني في أي وقت ودون إبداء أسباب إلغاء موافقتي على نقل البيانات إلى الطبيب/الطبيبة المحوّل/المحوّلة وعلى خدمة تذكيري بالموعد. وفقًا للمادة 7 الفقرة 3 من اللائحة العامة لحماية البيانات (DSGVO)، فإن سحب الموافقة لا يلغي قانونية معالجة البيانات التي تمت سابقًا، بل يصبح ساري المفعول فقط من تاريخ استلام إشعار الإلغاء فضاءً. أنا موافق على عدم حصولي على نسخة من نموذج التوضيح.

أنا موافق على عدم حصولي على نسخة من نموذج التوضيح.

نعم لا

التاريخ، توقيع المريض/المفوض  
اسم المفوض

#### Vom medizinischen Personal auszufüllen:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anatomische Besonderheiten:

Anmerkungen der MTR, die nicht zu anatomischen Besonderheiten gehören:

Name MTR:

Kreislaufschwäche

Bemerkungen des Arztes zur Bildqualität: