

Mamografi / Meme Ultrasonu hasta Bilgi Formu

Mammographie/Mamasono-Patientenfragebogen

LÜTFEN BU FORMU DOLDURUNUZ VE UYGUN OLAN BİLGİLERİ İŞARETLEYİNİZ.

Soyadı:

Familiename

Adı:

Vorname

Doğum tarihi:

Geburtsdatum

Tel.:

Son mamografi:

letzte Mammographie

E-Mail adresi:

Muayene edilecek Evet (Diagnostikum) ja

bölgeye ait önceki Evet (Başka bir sağlık kurumu)

görüntüler var mı? Hayır nein

Voraufnahmen des Un- Sonradan iletilecek

tersuchungsbereichs? werden nachgereicht

Meme implantınız var mı?

Haben Sie ein Brustimplantat?

Evet ise, hangi tarafta?

Wenn ja, welche Seite?

Evet ise, ne zamandan beri?

Wenn ja, seit wann?

Evet

Hayır

Sağ

Sol

Muayene edilecek bölgede şikayetiniz var mı? Beschwerden im Untersuchungsbereich?

Evet

Hayır

Evet ise, hangi şikayetler? Wenn ja, welche?

Elle hissedilen kitle tastbare Knoten

Ağrı Schmerzen

Çekilme hissi Ziehen

Cilt değişikliği / Kızarıklık Hautveränderung

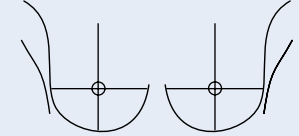
Ciltte çekinti Einziehung

Meme şişmesi Brustvergrößerung

Sıvı akıntısı Flüssigkeitsaustritt

Lütfen şikayet noktalarınızı işaretleyiniz. →

Sağ Sol



Daha önce memenizle ilgili bir hastalık geçirdiniz mi veya ameliyat oldunuz mu?

Sind Sie schon einmal an der Brust erkrankt oder operiert worden?

Evet

Hayır

Evet ise, ne zaman? Hangi taraf?

Benign gutartig

Malign bösertig

links

rechts

Wenn ja, wann, welche Seite?

Hangi tedavi uygulandı?

Kemoterapi Chemotherapie

Radyoterapi Bestrahlung

Hormon tedavis Hormontherapie

Mastektomi Ablatio

OP

Daha önce alt karın bölgesinden ameliyat oldunuz mu?

Sind Sie schon einmal am Unterleib operiert worden?

Evet

Hayır

Evet ise, ne zaman?

Wenn ja, wann?

Ameliyat türü nedir?

Welche Art von OP?

Son adet tarihim:

letzte Periode

Menopoza şu tarihten beri girdim:

Menopause seit

Şu anda menopoz ile ilgili hormon tedavisi alıyorum.

Ich nehme derzeit Hormone (Menopausale)

Evet

Hayır

Evet ise, hangi hormon?

Wenn ja, welche?

Ne zamandan beri?

Seit wann?

AILEVİ ANAMNEZ Familiäre anamnese

Ailemde meme kanseri görüldü:

In meiner Familie ist Brustkrebs aufgetreten:

Kızım

Annem

Kız kardeşim

Büyükanne

Hala/Teyze - Kuzen

İlgili kişinin hastalık yaşı

Tochter

Mutter

Schwester

Großmutter

Tante/Cousine

Erkrankungsalter der Person

Evet

Hayır

Ailemde yumurtalık kanseri görüldü:

In meiner Familie ist Eierstockkrebs aufgetreten:

Kızım

Annem

Kız kardeşim

Büyükanne

Hala/Teyze - Kuzen

İlgili kişinin hastalık yaşı

Tochter

Mutter

Schwester

Großmutter

Tante/Cousine

Erkrankungsalter der Person

Evet

Hayır

Diagnostikum Berlin doktorunun imzası Unterschrift Ärzt*in des Diagnostikum Berlin**Diğer Notlar** Sonstige Anmerkungen**Beni yönlendiren doktorun muayene sonuçlarını almasını istiyorum.**

Mein überweisender Arzt / meine überweisende Ärztin soll Untersuchungsergebnisse erhalten.

Onay beyanı Datenschutzerklärung

- İmzam ile (gerekirse hasta adına) aşağıdaki hususları onaylıyorum:
- Aydınlatma formunu okudum ve anladım. Ayrıca anamnez (hastalık öyküsü) ile ilgili soruları elimden geldiğince doğru yanıtladım.
 - Planlanan muayene hakkında detaylı olarak bilgilendirildim
 - Başka sorum yok ve tamamen bilgilendirildim.
 - Kararımı dikkatlice düşündüm. Ek bir düşünme süresine ihtiyacım yok ve muayeneye onay veriyorum.

Doctolib

Randevuma ilişkin olarak Diagnostikum Berlin'in beni bilgilendirmesine onay veriyorum. Onayım ile, cep telefonu numaramın veya e-posta adresimin randevu hatırlatma amacıyla işlenmesine onay veriyorum. Randevu hatırlatmaları için hizmet sağlayıcısı olarak Doctolib kullandığımızı belirtmek isteriz. Bu onay, DSGVO'nun 9. maddesinin 2. fıkrası (a) bendi ile 6. maddesinin 1. fıkrası (a) bendi ve 7. maddesi uyarınca verilmektedir. **Kişisel verilerimin başka amaçlar için işlenmesi veya aktarılması söz konusu değildir.** (Stimmt Terminerinnerung durch Doctolib per Telefon (Kreuz 1) bzw. E-Mail (Kreuz 2) zu) Randevu hatırlatma hizmeti ile ilgili onay vermiyorum. (Stimmt Terminerinnrung durch Doctolib **NICHT** zu)

Yapılacak tıbbi muayeneye gönüllü olarak katıldığımı ve verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu onaylıyorum. Bilgilerimin beni yönlendiren doktorla paylaşılmasına ve randevu hatırlatma hizmetine onay verdim. Bu onayları, herhangi bir sebep göstermeden dilediğim zaman geri çekebilirim. DS-GVO'nun 7. maddesi 3. fıkrası uyarınca, geçmişte yapılan işlemler etkilenmez; geri çekme sadece ulaştığı andan itibaren geçerli olur.

Taraflarıma aydınlatma formunun bir kopyasının verilmemesi konusunda onay veriyorum.

Evet

Hayır

Tarih, Hasta/Yetkili Kişinin İmzası**Yetkili temsilcinin adı****Vom medizinischen Personal auszufüllen:**

Familiennamen:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anatomische Besonderheiten:

Anmerkungen der MTR, die nicht zu anatomischen Besonderheiten gehören:

Name MTR:

Kreislaufschwäche

Bemerkungen des Arztes zur Bildqualität: