

## 1. Особиста інформація - Persönliche Daten

Прізвище - Nachname	Дата народження - Geburtsdatum
Ім'я - Vorname	
Прізвище при народженні - Geburtsname	Місце народження - Geburtsort
Вулиця, номер будинку - Straße, Hausnummer	
ІНДЕКС, Місто - PLZ, Ort	
телефонний номер - Telefonnummer	
більше номерів телефонів - weitere Telefonnummern	
медична страховка - Krankenkasse	

## 2. Дані гінеколога/сімейного лікаря - Angaben zu Frauenärztin/-arzt/Hausärztin/-arzt

Якщо ви хочете, щоб ми повідомили вашого гінеколога або лікаря загальної практики про результат, будь ласка, вкажіть ім'я та адресу лікаря

Wenn Sie wünschen, dass wir Ihre/ n Frauenärztin/-arzt, Hausärztin/-arzt das Ergebnis informieren, geben Sie bitte Namen + Anschrift der Ärztin/ des Arztes an

Гінеколог - Frauenärztin/-arzt	Адреса - Anschrift
сімейний лікар - Hausärztin/-arzt	Адреса - Anschrift

Прізвище, Ім'я - Nachname, Vorname:

\_\_\_\_\_



Дата народження - Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Screening-ID \_\_\_\_\_

### 3. Деталі попередніх мамографій - Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Чи робили Ви раніше мамографію? Wurden bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt?	<input type="checkbox"/> Так - ja	<input type="checkbox"/> Ні - nein
Якщо так: Коли була зроблена остання мамографія до сьогоднішнього опромінення? Falls JA: Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt?		
<b>Протягом останніх 12 місяців - Innerhalb der letzten 12 Monate</b>	<input type="checkbox"/> Так - ja	<input type="checkbox"/> Ні - nein
<b>Більше 12 місяців тому - Vor mehr als 12 Monaten</b>	<input type="checkbox"/> Так - ja	<input type="checkbox"/> Ні - nein
Де робили останню мамографію? Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?		
Тут на місцевому огляді - Hier im lokalen Screening	<input type="checkbox"/> Так - ja	<input type="checkbox"/> Ні - nein
В іншому оглядовому центрі - In einem anderen Screeningprojekt адресу - Adresse:	<input type="checkbox"/> Так - ja	<input type="checkbox"/> Ні - nein
З іншим лікарем - Bei einem anderen Arzt/ Ärztin Ім'я Адреса - Name, Adresse:	<input type="checkbox"/> Так - ja	<input type="checkbox"/> Ні - nein
Чи можемо ми запросити ці записи? - Dürfen wir diese Aufnahmen anfordern?	<input type="checkbox"/> Так - ja	<input type="checkbox"/> Ні - nein

Дата, підпис учасника або законного представника  
Datum, Unterschrift der Teilnehmerin oder gesetzl. Vertretung

#### Заява про відмову від інформаційної співбесіди :

Про основні переваги та недоліки ознайомлююсь з доданими до запрошення документами програми скринінгу мамографії та відмовляюся від права на додаткову особисту консультацію лікаря з програми перед обстеженням.

#### Erklärung zum Verzicht auf das Aufklärungsgespräch:

Ich bin durch die, der Einladung beigefügten Unterlagen über die wesentlichen Vor- und Nachteile des Mammographie-Screening-Programmes informiert und verzichte auf mein Recht auf ein zusätzliches persönliches Aufklärungsgespräch durch eine Ärztin oder einen Arzt des Programms vor der Untersuchung.

Місце і дата - Ort, Datum

Підпис учасника або законного представника  
Unterschrift der Teilnehmerin oder gesetzl.  
Vertretung

Прізвище, Ім'я - Nachname, Vorname:

Дата народження - Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Screening-ID \_\_\_\_\_

#### 4. Інформація про попередні операції на молочній залозі - Angaben zu früheren Brustoperationen

<b>Чи діагностували у вас рак молочної залози?</b> Wurde bei Ihnen jemals die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?	<input type="checkbox"/> Так - ja <input type="checkbox"/> Ні - nein
<b>Якщо так, то в якому році? - Falls JA: in welchem Jahr?</b> (Див. ОР для інформації нижче) - (Angaben zur OP siehe unten)	_ _ _ _
<b>Ви робили інші операції на грудях?</b> <b>Якщо ТАК:</b> (Будь ласка, перевірте, де це можливо, і зверніть увагу на сторінку! ? Відмітьте що підходить) <b>Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?</b> <b>Falls JA:</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)	<input type="checkbox"/> Так - ja <input type="checkbox"/> Ні - nein
<b>Чи проводилася операція зі збереження грудей? - Wurde brusterhaltend operiert?</b>	
Рік операції - Jahr der OP:  _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Лівий - links <input type="checkbox"/> правильно - rechts
<b>Видалили груди? - Wurde eine Brust entfernt?</b>	
Рік операції - Jahr der OP:  _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Лівий - links <input type="checkbox"/> правильно - rechts
<b>Чи існують грудні імпланти? - Sind Brustimplantate vorhanden?</b>	
Рік операції - Jahr der OP:  _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Лівий - links <input type="checkbox"/> правильно - rechts
<b>Чи проводилося збільшення/зменшення грудей? - Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt?</b>	
Рік операції - Jahr der OP:  _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Лівий - links <input type="checkbox"/> правильно - rechts

#### 5. Інформація про симптоми - Angaben zu Symptomen

<b>У вас зараз проблеми з грудьми?</b> Haben Sie <u>gegenwärtig</u> Brust-Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Так - ja <input type="checkbox"/> Ні - nein
<b>Чи є у вас наступні відхилення?</b> (Будь ласка, перевірте, де це можливо, і зверніть увагу на сторінку!) <b>Haben Sie folgende Auffälligkeiten?</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)	
<b>Вузол пальпується</b> Knoten tastbar	<input type="checkbox"/> Лівий - links <input type="checkbox"/> правильно - rechts
<b>ямочки і затвердіння шкіри</b> Dellen und Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> Лівий - links <input type="checkbox"/> правильно - rechts
<b>Зміни шкіри або вдавлення соска</b> Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> Лівий - links <input type="checkbox"/> правильно - rechts
<b>Витікання рідини з соска</b> Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	<input type="checkbox"/> Лівий - links <input type="checkbox"/> правильно - rechts
<b>Інший</b> Andere	<input type="checkbox"/> Лівий - links <input type="checkbox"/> правильно - rechts

Прізвище, Ім'я - Nachname, Vorname:

\_\_\_\_\_



Дата народження - Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Screening-ID \_\_\_\_\_

**Я прочитав Помічник у прийнятті рішень щодо програми скринінгу мамографії, який я отримав разом із запрошенням.**

**Підтверджую достовірність інформації, наведеної в бланку історії хвороби.**

**Підтверджую, що вагітності немає.**

Ми обробляємо ваші персональні дані в рамках юридичних зобов'язань і договору з вами на обстеження та діагностику. Лікарі та весь персонал зберігають лікарську таємницю.

Докладніше про нашу інформацію щодо захисту даних можна знайти у адміністратора.

**Ich habe die Entscheidungshilfe zum Mammographie-Screening-Programm gelesen, die ich zusammen mit meiner Einladung erhalten habe.**

**Ich bestätige die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.**

**Ich bestätige, dass keine Schwangerschaft vorliegt.**

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen sowie des Untersuchungs- und Diagnosevertrags mit Ihnen. Die Ärztinnen, Ärzte und das gesamte Personal unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Weitere Einzelheiten zu unserer Information zum Datenschutz können Sie der Auslage in der Screening-Einheit entnehmen.

Місце і дата - Ort, Datum

Підпис учасника або законного представника -  
Unterschrift der Teilnehmerin oder gesetzl.  
Vertretung