

اسم العائلة Familiename	الاسم الأول Vorname	تاريخ الميلاد Geburtsdatum
طول الجسم Größe	الوزن Gewicht	هاتف Telefon
		البريد الإلكتروني E-Mail Adresse

نعم (Diagnostikum) ja, wir نعم (مقدم خدمة آخر ja, anderer لا nein سيتم تقديمها لاحقاً werden nachgereicht	هل توجد صور إشعاعية سابقة لمنطقة الفحص؟ Vorfnahmen des Untersuchungsbe- reichs?	نعم ja لا nein	النساء Für Frauen هل أنت حامل؟ Sind Sie schwanger? هل ترضعين؟ Stillen Sie?
--	---	-------------------	--

ما هي الأعراض التي تعاني منها في منطقة الفحص ومنذ متى؟
Welche Beschwerden haben Sie im Untersuchungsbereich und seit wann?

يسار links	يمين rechts	منتصف mittig
---------------	----------------	-----------------

هل خضعت لعملية جراحية مسبقاً في منطقة الفحص؟
Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert?

نعم ja	لا nein
-----------	------------

إذا كان نعم، في أي سنة ولماذا؟
Wenn ja, welches Jahr und weshalb?

هل توجد أورام أو أمراض سرطانية معروفة؟
Sind Tumore bzw. Krebserkrankungen bekannt?

نعم	لا
-----	----

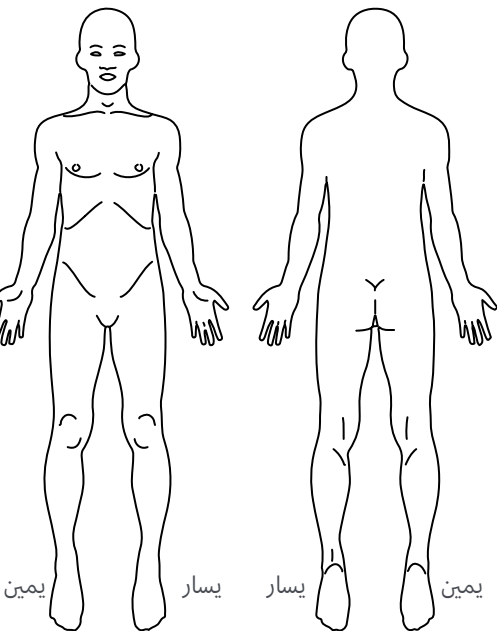
إذا كان نعم، ما هو النوع؟
Wenn ja, welche?

ما هو العلاج الذي تم تلقيه؟
Welche Therapie erfolgte?

العلاج الكيميائي Chemotherapie	العلاج الإشعاعي Bestrahlung	عملية جراحية OP
-----------------------------------	--------------------------------	--------------------

هل لديك منظم لضربات القلب؟
Haben Sie einen Herzschrittmacher?

نعم	لا
-----	----



هل تأخذ دواء للغدة الدرقية؟
Nehmen Sie ein Schilddrüsenmedikament?

نعم	لا
-----	----

إذا كان نعم، ما هو الدواء؟
Wenn ja, welches Medikament?

هل الأعراض ناتجة عن حادث؟
Sind die Beschwerden auf Grund eines Unfalls?

نعم	لا
-----	----

إذا كان نعم، متى وقع الحادث؟
Wenn ja, wann?

هل تأخذ أدوية مميعة للدم؟
Nehmen Sie Blutverdünner?

نعم	لا
-----	----

هل سبق وأن تلقيت مادة تباين تحتوي على اليود؟
Schonmal jodhaltiges Kontrastmittel erhalten?

نعم	لا
-----	----

هل حدثت أي تفاعلات غير مرغوب فيها؟
Sind unverträglichkeiten aufgetreten?

نعم	لا
-----	----

يرجى تحديد شكاويكم الحالية على الرسم ←

Folgende Erkrankung ist bei mir bekannt **تم تشخيصي بالمرض التالي**

أمراض الكلى
Nierenerkrankung

فيروس نقص المناعة البشرية
HIV

فرط نشاط الغدة الدرقية
Schilddrüsenüberfunktion

الوهن العضلي الوبيل
Myasthenia gravis

الحساسية
Allergien

(داء السكري) السكري
Diabetes

أخرى

التهاب الكبد
Hepatitis

انسداد الأذنين البطيني
AV-Block

توقيع الطبيب/الطبيبة في مركز **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

أنا موافق على أن يقوم الطاقم الطبي المساعد (MTR، MFA) بإعطائي مادة التباين (تحتوي على اليود، غير مشعة).

بتوقيعي أؤكد إذا كان ذلك نيابة عن المريض: أنني 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) بالاتفاق مع المادة 6 الفقرة 1 (أ) والمادة 7 من اللائحة العامة لحماية البيانات (DSGVO).
Stimmt Terminerinnerung durch Doctolib über
Mobilfunknummer (Kästchen 1) / E-Mail Adresse (Kästchen 2) zu
Lehnt Terminerinnung durch Doctolib ab

ملاحظة: رفض إعطاء مادة التباين Lehnt Kontrastmittel ab

أنا لا أوافق على إجراء الفحص الموصى به باستخدام مادة التباين، رغم أنه قد تم إبلاغي بشكلٍ وافي عن العواقب السلبية المحتملة التي قد تنتج عن محدودية تقييم نتائج الفحص.

التاريخ، توقيع المريض/المفوض

أقر 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 فصاعدًا. 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