

يرجى ملء هذا الاستبيان وتحديد المعلومات الصحيحة.

اسم العائلة Familienname	الاسم الأول Vorname	تاريخ الميلاد Geburtsdatum
طول الجسم Größe	kg	الوزن Gewicht
هاتف Telefon	البريد الإلكتروني E-Mail Adresse	
نعم (Diagnostikum) ja, wir ja, anderer (نعم) مقدم خدمة آخر لا nein سيتم تقديمها لاحقاً werden nachgereicht	هل توجد صور إشعاعية سابقة لمنطقة الفحص؟ Vorfahrungen des Untersuchungsbe- reichs?	<p><b>Für Frauen</b></p> <p>هل أنتِ حامل؟ Sind Sie schwanger?</p> <p>هل ترضعين؟ Stillen Sie?</p>

نعم	لا	هل لديك أي من المعادن أو الغرسات التالية في جسمك أو عليه؟ Tragen Sie folgende Metalle/Implantate im bzw. am Körper?
شظايا معدنية / شظايا قذائف Metall-/Granatsplitter	جهاز تنظيم ضربات القلب Herzschrittmacher	غرسة القوقعة Cochlea-Implantat
تقم أسنان مغناطيسي magnet. Zahnprothese	معدن/طرف صناعي بعد الجراحة Metallteile/Prothesen n. OP	مضخة أنسولين / مسكن Insulin-/Schmerzpumpe
		صمام قلب صناعي Künstliche Herzklappe
		مشابك وعائية Gefäßclips
		جهاز سمع Hörgerät
		أخرى Sonstiges

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

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

نعم	لا	تم تشخيصي بالأمراض التالية Folgende Erkrankung ist bei mir bekannt
أخرى Sonstiges	السل Tuberkulose	التهاب الكبد Hepatitis
أخرى Sonstiges	التصلب المتعدد MS	داء كرون M.Crohn
		الروماتيزم Rheuma
		HIV
		HIV
		الأمراض المعدية Infektionskrankh.
		الأمراض المزمنة Chronische Krankheiten
		أورام / سرطان Tumore/Krebserkrankungen
		أي نوع؟ أي سنة؟ Welche? Welches Jahr?
العلاج الكيميائي Chemotherapie	العلاج الإشعاعي Bestrahlung	عملية جراحية OP
		كيف تم العلاج؟ Wie therapiert?
		أمراض الكلى Nierenerkrankungen
		أي نوع؟ Welche?
		الحساسية Allergien
		أي نوع؟ Welche?

لا نعم

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

إذا كان نعم، في أي سنة ولماذا؟

Wenn ja, welches Jahr und weshalb?

لا نعم

هل أصبت برد فعل تحسسي تجاه مادة التباين في الفحوصات السابقة؟  
Haben Sie bei früheren Untersuchungen allergisch auf Kontrastmittel reagiert?

توقيع الطبيب/الطبيبة في مركز 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) 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.

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

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 فصاعدًا. أنا موافق على عدم حصولي على نسخة من نموذج التوضيح.

أنا موافق على عدم حصولي على نسخة من نموذج التوضيح.

لا نعم

التاريخ، توقيع المريض/المفوض  
اسم المفوض