



PET-CT Zentrum MÜNCHEN

Dr. med. univ. Hermann Erler
Dipl.-Ing. Dr. med. Gerhard Dürr
Dr. (IM Tem.) Simona Henz
Ingolstädterstr. 166 – 80939 München
Tel. 089-318081-0 - FAX 89-3163717
e-mail: praxis@pet-ct-zentrum-münchen.de

Anamnesebogen PET-Untersuchung

US-Termin: _____ Uhrzeit: _____

- Onkologie PET-CT mit low dose CT zur Schwächungskorrektur der PET-Daten
(Cava: ein low-dose CT ersetzt nicht das diagnostische CT)
 PET-CT mit diagnostischem CT

Angaben zum Patienten bzw. Pat.-Etikett

اللقب : _____
الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____
النامين: _____
الهاتف: _____

الشارع: _____
الرقم البريدي _____ البلد _____

- Ambulant Stationär
 Zusatzversichert Privat
 Wahlleistung

Klinik-Station/oder
هاتف الطبيب المعالج: _____

الطول/Größe _____

الوزن / Gewicht _____

الحمل/Schwangerschaft نعم لا

E-Mail: _____

الخوف من الأماكن المغلقة نعم لا

التشخيص: _____

الأعراض: _____

الغرض من الفحص : _____

نسبة السكر في الدم للصائم _____ الادوية المستخدمة _____

مرض الربو / مرض الانسداد الرئوي المزمن نعم لا

الميتفورمين او جلوكوفاج وغيرها من الأدوية نعم لا

COPD/ASTHMA

METFORMIN

فرط نشاط الغده الدرقيه نعم لا حساسية ضد المادة الظليله نعم لا

عمليات جراحية: Operation نعم لا التاريخ: _____

العلاج الكيميائي/ Chemo	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	التاريخ: _____ نوع العلاج: _____
العلاج الاشعاعي/Bestrahlung	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نوع العلاج: _____ تاريخ الانتهاء من العلاج: _____
CT الفحوص الاوليه	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	التاريخ/المكان: _____
PET-CT الفحوص الاوليه	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	التاريخ/المكان؟ _____

إعداد المريض للفحص: لا بد أن يكون المريض صائماً قبل 6 ساعات على الأقل من الفحص. يسمح فقط بالمياه المعدنية والشاي غير المحلى.

خصوصية معلومات المريض

وفقاً للمادة 73 الفقرة 1 (القانون الاجتماعي)، أوافق بموجب هذا على أن مقدمي الخدمات الطبية الآخرين يمكنهم الحصول على نتائج الأشعة من مركز الأشعة ميونيخ الشمالي ونقل النتائج والتصوير التي تم جمعها مني إلى الأطباء المشاركين في العلاج .

أوافق على أنه في إطار عقد العلاج ، سيتم جمع البيانات المتعلقة بشخصي بالإضافة إلى البيانات الطبية اللازمة للعلاج وتخزينها ومعالجتها ونقلها إلى أطراف ثالثة (كمتال للأطباء المعالجين وحاملي تكاليف المستشفيات و مكاتب الفوترة والمختبرات وما إلى ذلك) في إطار تحديد الغرض وفقاً للوائح حماية البيانات الخاصة ذات الصلة .

لقد تلقيت معرفة بجمع بياناتي وتخزينها ومعالجتها في سياق معلومات المريض مضمون حماية بيانات المريض

يمكنني إلغاء الموافقة الممنوحة هنا في أي وقت

يتم تخزين النتائج الأولية والخارجية بشكل دائم

التاريخ

امضاء المريض

امضاء ولي الامر

امضاء/ختم الطبيب المعالج

اسم وعنوان شركة الترجمة:

اسم ورقم هاتف المترجم: