

عيادة كورباخ الشعاعية

الأسم:----- تاريخ الولادة:-----
- طبيب الأسرة:-----

حضرة المريضة المحترمة\المريض المحترم:

يرجى الأجابة على الأسئلة التالية, قبل اجراء الفحص الشعاعي Röntgenuntersuchung المطلوب لكم .

الرجاء وضع اشارة X عند الأجابة المناسبة:

1- هل أجري لكم فحص شعاعي (صورة شعاعية) خلال السنتين الأخيرتين

نعم لا.....

إذا كانت اجابتكم بنعم :

متى؟

.....

أين؟

.....

أي عضو؟

.....

2- (للنساء) هل يوجد حمل حالياً"

نعم لا.....

في حال وجود أي استفسار , الرجاء التوجه به للطبيب.

فيما يلي أوقع على موافقتي لاجراء الفحص

كورباخ , بتاريخ :----- الاسم والتوقيع-----

--