

Dr. med. Geetha Sreenivasa
Специалист по радиотерапии

Priv.-Doz. Dr. med. Roland Jacob
Специалист по радиологии и радиотерапии

Karl-Marx-Allee 90 A • 10243 Berlin
Телефон: 030 / 224 880 04
Факс: 030 / 224 880 05
e-mail: info@radio-strahlentherapie.de
www.radio-strahlentherapie.de

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ БОЛЕУТОЛЯЮЩЕГО ОБЛУЧЕНИЯ

Уважаемый пациент,

пожалуйста, внимательно прочтите и полностью заполните данную анкету, а затем отдайте ее нашим работникам на стойке регистрации. Согласно указанной информации врач проведет подходящее в Вашем случае лечение. Если Вы уже успели прочитать данную анкету у нас на сайте, принесите ее с собой в заполненном виде.

Фамилия	Имя	Дата рождения
Улица, номер дома	Индекс, город	Страна
Телефон (домашний)	Телефон (мобильный)	
e-mail		
Лечащий врач	Направление	

1	Какой диагноз указан на направлении, выданном Вашим врачом?
2	Есть ли у Вас другие заболевания? Пожалуйста, поставьте крестик в соответствующем окошке. <input type="checkbox"/> Высокое давление <input type="checkbox"/> Диабет (<input type="checkbox"/> с инсулинотерапией) <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Сердечные заболевания <input type="checkbox"/> Заболевания щитовидной железы <input type="checkbox"/> Обмороки <input type="checkbox"/> Гастрит/гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь <input type="checkbox"/> Подагра <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Нарушение функции почек Другие:

Местонахождение клиники радиотерапии
Karl-Marx-Allee 90A
10243 Berlin
Телефон 030 224 880 04
Факс 030 224 880 05

Местонахождение администрации клиники
Goslarer Platz 7
10589 Berlin
Телефон 030 327 980 92 50
Факс 030 327 980 97

3	Полученное образование: _____ Род занятий: _____ Проведенные операции с указанием месяца/года и региона тела Вы носите кардиостимулятор? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да			
4	В какой области тела в настоящее время Вы испытываете боли?	Как давно Вы испытываете боли?		
5	Охарактеризуйте качество боли <input type="checkbox"/> обжигающая <input type="checkbox"/> с онемением <input type="checkbox"/> тупая <input type="checkbox"/> колющая <input type="checkbox"/> в состоянии покоя <input type="checkbox"/> также в ночное время <input type="checkbox"/> при чрезмерной нагрузке Опишите интенсивность боли по 10-балльной шкале: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Никакой слабая средняя сильная очень сильная максимально вообразимая			
6	Какие обезболивающие средства Вы принимаете в настоящее время?			
	название медикамента	доза в миллиграммах (мг)	утром	в обед вечером
7	Принимаете ли Вы какие-либо дополнительные медикаменты?			
	название медикамента	доза в миллиграммах (мг)	утром	в обед вечером

8	Какие методы лечения болей уже применялись?		
	<input type="checkbox"/> Лечебная гимнастика	<input type="checkbox"/> Ударно-волновая терапия	<input type="checkbox"/> Инъекции в суставы
	<input type="checkbox"/> Ультразвук	<input type="checkbox"/> Операции	<input type="checkbox"/> Обезболивающие препараты
	<input type="checkbox"/> Терапия с кортизоном	<input type="checkbox"/> Акупунктура	<input type="checkbox"/> Электрическая стимуляция
	<input type="checkbox"/> Терапия TENS	<input type="checkbox"/> Радиосиноэктомия	<input type="checkbox"/> Другое лечение:
9	Проходили ли Вы уже курс лучевой терапии? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
	Если да, в какой области тела и когда?		
10	Проводили ли Вам обследование с применением рентгена, КТ или МРТ? Если у Вас есть снимки, принесите их с собой на консультацию с врачом.		
	месяц/год	область тела	вид обследования
11	Рост (см)	Вес (кг)	Примечания (напр., намеренная/непреднамеренная потеря веса за последние 6 месяцев)
12	Для женщин		
	Беременны ли Вы? Существует ли вероятность того, что Вы беременны?		
	<input type="checkbox"/> Нет, я не беременна и беременность не ожидается в последующие месяцы		
	<input type="checkbox"/> Да, я беременна или я не исключаю беременность		
	Последняя маммография была проведена в _____ году		
	<input type="checkbox"/> без патологии	<input type="checkbox"/> с патологией	<input type="checkbox"/> обследование еще не проводилось

Я подтверждаю, что указанная выше информация является достоверной.

Дата: _____

Подпись: _____

Сведения из данного информационного листа на немецком языке Вы также сможете найти по следующей ссылке: <http://radio-strahlentherapie.de/fuer-patienten/formulare/>