

Pour votre propre sécurité et pour une qualité d'examen aussi élevée que possible, veuillez répondre aux questions suivantes.
Veuillez remettre au bureau d'inscription les résultats, CD-ROM et radiographies que vous avez app!

Nom: _____ Prénom: _____ né(e) le: _____
 Téléphone: _____ Poids corporel: _____ Taille corporelle: _____

1. Questions générales

- Souffrez-vous de **diabète**? oui non
 Quels médicaments prenez-vous pour y remédier? _____
- Souffrez-vous d'une **limitation de la fonction rénale** et/ou êtes-vous **sous dialyse**? oui non
 Existe-t-il un **dysfonctionnement de la thyroïde**? oui non
 Quel médicament prenez-vous pour y remédier? _____
- Avez-vous des **allergies** connues? oui non
 Si oui, lesquels? _____
- Une **tomodensitométrie** a-t-elle déjà été effectuée? oui non
 Quand, où et de quelle partie du corps? _____
- Des **problèmes** sont-ils survenus après des **examens de contraste** radiologiques antérieurs? oui non
 Si oui, lesquels? _____
- A-t-on déjà **opéré dans la zone étudiée**? oui non
 Si oui, quelle opération? _____
- Pour les femmes:** Pourriez-vous être **enceinte**? oui non

2. Consentement à la transmission et aux demandes d'images et de résultats médicaux conformément au § 73, al.1b SGB V [Code allemand de la sécurité sociale V]:

Transmission

- J'accepte que les données relatives à mes résultats et à mes images soient transmises aux médecins qui **m'adressent**. oui non
 Je suis d'accord pour que les données relatives à mes résultats et à mes images soient transmises aux médecins **qui me suivent**. oui non
 Mon médecin de famille (à remplir): _____

De plus, dans le cadre des contrôles de qualité aléatoires, l'association des médecins conventionnés peut demander vos photos, vos données d'examen et, le cas échéant, vos documents de traitement. Il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement séparé de votre part pour cela.

Exigences

- J'accepte que le cabinet de radiologie DiaCura puisse, dans le cadre du diagnostic médical, recueillir des informations et des données d'imagerie auprès des médecins qui me traitent. oui non

Je peux révoquer cet accord à tout moment par écrit ou par téléphone au 09561/231000.

Vous trouverez de plus amples informations sur la protection des données conformément à l'art. 13 du RGPD de l'UE sur notre site Internet sous www.diacura.de

Uniquement pour les accidents du travail/d'école/de la route (via l'association professionnelle):

La radiologie DiaCura est tenue de fournir des informations aux organismes d'assurance-accidents (conformément au § 100 [SGB X], § 201 [SGB VII] en relation avec le § 46 de la convention médecins / organismes d'assurance-accident). Les organismes d'assurance accident peuvent demander des données à DiaCura (conformément aux §§ 199,201 SGB VII, § 67a SGB X). En vertu des dispositions légales, vous pouvez demander à votre association professionnelle d'être informé(e) des données transmises.

Date _____ Signature du/de la patient(e) _____ Date _____ Tuteur/de la tutrice pour les patients mineurs ou du médecin de garde pour les patients hospitalisés (données complètes selon la courbe du patient)

Consentement à l'examen et administration de médicaments

(Nous remplissons ce qui suit avec vous)

3. Information

- Examen prévu: Tomodensitométrie
- Administration intraveineuse prévue d'un produit de contraste, médicament antiallergique le cas échéant

Je suis conscient(e) qu'en cas d'administration d'un *produit antiallergique* dans les 12 heures qui suivent, je ne dois pas participer activement à la circulation routière. oui non

J'ai lu et compris la fiche d'information sur l'examen prévu.

Je suis informé(e) des contre-indications et effets secondaires possibles de l'examen ainsi que de l'administration du produit de contraste (si prévue) et renonce à une information orale supplémentaire par le/la médecin. oui non

4. Consentement

J'autorise la réalisation de l'examen prévu. oui non

Je suis d'accord avec l'administration prévue de produits de contraste/médicaments. oui non

Pour les mineurs : En tant que parent ou tuteur légal, je consens à l'administration de médicaments et l'examen de mon enfant. oui non

Date Signature patient(e) Date Tuteur/tutrice légal(e) pour les patients mineurs

Je souhaite recevoir une version imprimée de ce formulaire de saisie. oui non

Signature des collaborateurs: _____

TRM

Médecin