

Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____
 Телефон: _____ Вес: _____ Рост: _____

1. Общие вопросы

- Страдаете ли вы **сахарным диабетом**? Да Нет
 Какие лекарства от этой болезни вы принимаете? _____
- Страдаете ли вы **нарушением функции почек и/или** находитесь ли вы на диализе? Да Нет
 Страдаете ли вы **нарушением функции щитовидной железы**? Да Нет
 Какое лекарство вы принимаете? _____
- Есть ли у вас аллергия? Если да, то какая? Да Нет
 Проходили ли вы когда-нибудь компьютерную томографию?
 Когда, где и какая область тела при этом обследовалась? _____
- Возникали ли у вас раньше какие-нибудь **проблемы** после проведения **рентгенологических исследований с контрастным веществом**? Да Нет
 Если да, то какие? _____
- Переносили ли вы когда-нибудь **операции в обследуемой области**? Да Нет
 Если да, то какие? _____
- Для женщин:** Можете ли вы быть **беременны**? Да Нет

2. Согласие на выдачу/выполнение запросов на выдачу изображений и данных обследования согл. абз. 1b § 73 тома V Социального кодекса:

Выдача

Даю свое согласие на выдачу изображений и данных, полученных в результате проведенного мне обследования, направившим меня врачам. Да Нет

Даю свое согласие на выдачу изображений и данных, полученных в результате проведенного мне обследования, врачам, которые будут осуществлять мое дальнейшее лечение.

Мой семейный врач (укажите): _____

Также в рамках выборочного контроля качества Объединение врачей больничных касс может запрашивать изображения и данные, полученные в результате проведенного вам обследования, и другую медицинскую документацию. Ваше отдельное согласие на это не требуется.

Выполнение запросов

Даю радиологическому праксису DiaCura свое согласие на получение у моих лечащих врачей информации и изображений с целью проведения медицинской диагностики. Да Нет

Я могу в любой момент отозвать это согласие письменно или по телефону 09561/231000. Подробную информацию о защите персональных данных согласно ст. 13 Общего регламента по защите данных ЕС вы найдете на нашем сайте www.diacura.de

Только для пациентов, пострадавших в результате несчастного случая на работе/в школе/ по дороге на работу или в школу (информация об отраслевой ассоциации государственного страхования от несчастных случаев):

Радиологический праксис DiaCura обязан предоставлять информацию организациям по страхованию от несчастных случаев (согласно § 100 [тома X Социального кодекса], § 201 [тома VII Социального кодекса] и § 46 договора между врачами и организацией, осуществляющей страхование от несчастных случаев). Организации по страхованию от несчастных случаев имеют право запрашивать данные у праксиса DiaCura (согласно § 199, § 201 тома VII Социального кодекса, § 67а тома X Социального кодекса). Согласно законодательству, вы имеете право потребовать от вашей отраслевой ассоциации государственного страхования от несчастных случаев информацию о переданных ей данных. Daten unterrichtet zu werden.

Согласие на обследование и применение лекарственных средств (Следующий опросник мы заполним вместе)

3. Разъяснение

- Назначенное обследование: компьютерная томография
- Назначено внутривенное введение контрастного вещества и (при необходимости) противоаллергического средства

Мне известно, что в течение 12 часов после применения *противоаллергического средства* мне нельзя управлять транспортными средствами. Да Нет

Я прочитал(-а) и понял(-а) памятку о назначенном мне обследовании.

Мне рассказали о возможных противопоказаниях и побочных эффектах обследования и введения контрастного вещества (если это предусмотрено), и я отказываюсь от дополнительных устных разъяснений врача Да Нет

4. Согласие

Я даю свое согласие на проведение назначенного мне обследования. Да Нет

Я согласен(-на) с применением назначенного мне контрастного вещества /лекарственного средства. Да Нет

Для несовершеннолетних: Как родитель/замещающее его лицо я даю свое согласие на применение лекарственного(-ых) средств(-а) и обследование моего ребенка. Да Нет

Дата

Подпись пациента

Дата

Для несовершеннолетних пациентов:
родитель/замещающее его лицо

Я хочу получить распечатку этого опросного листа.

Да Нет

Подпись сотрудника: _____

MTRA

Врач