

Lütfen kendi güvenliğiniz ve mümkün olan en yüksek muayene kalitesi için aşağıdaki soruları yanıtlayın.
Lütfen yanınızda getirdiğiniz bulguları, CD-ROM'ları ve röntgen filmlerini resepsiyona teslim edin!

Soyisim: _____ İsim: _____ Doğum tarihi: _____
Telefon: _____ Vücut ağırlığı _____ Boy: _____

1. Genel sorular

- Diyabet (şeker hastalığınız) var mı? evet hayır
Buna karşı hangi ilaçları kullanıyorsunuz? _____
- Böbrek fonksiyonlarınızda bir kısıtlama var mı ve/veya diyalize giriyor musunuz? evet hayır
Tiroid bezinde işlevsel bir bozukluk var mı? evet hayır
Hangi ilacı kullanıyorsunuz? _____
- Bilinen herhangi bir alerjiniz var mı? evet hayır
Evet ise, hangileri? _____
- Daha önce hiç bilgisayarlı tomografiniz çekildi mi? evet hayır
Evet ise, nerede ve vücudun hangi bölgesinin? _____
- Geçmişte kontrast maddesiyle uygulanan röntgen muayenelerinden sonra herhangi bir sorun yaşandı mı? evet hayır
Evet ise, hangileri? _____
- Muayene edilecek bölgeden hiç ameliyat oldunuz mu? evet hayır
Evet ise, ne tür bir ameliyat? _____
- Kadınlar için: Şu an için hamilelik ihtimali var mı? evet hayır

2. V. Sosyal Güvenlik Kanunu'nun (SGB) 73. maddesi 1b fıkrasına göre görüntülerin, bulguların ve bu yönde taleplerin iletilmesine dair onay:

Başka yerlere iletilme

Bulgularımın ve görüntülerimin *havale eden* doktorlara iletilmesini kabul ediyorum. evet hayır

Bulgularımın ve görüntülerimin *tedavime devam edecek olan* doktorlara iletilmesini kabul ediyorum. evet hayır

Aile doktorum (lütfen doldurun): _____

Buna ek olarak, Yasal Sağlık Sigortası Hekimleri Birliği tarafından rastgele kalite denetimleri çerçevesinde görüntüleriniz, bulgularınız ve varsa tedavi evraklarınız talep edilebilir. Bunun için sizden ayrıca onay alınmasına gerek yoktur.

Talepler

DiaCura Radyoloji Merkezi'nin tıbbi teşhis çerçevesinde beni tedavi eden doktorlardan bilgi ve görüntü verileri almasını kabul ediyorum. evet hayır

Bu onayımı istediğim zaman yazılı olarak veya 09561/231000 numaralı telefonu arayarak iptal edebilirim.

AB Genel Veri Gizliliği Yönetmeliği'nin (EU-DSGVO) 13. maddesine göre verilerin korunması hakkında daha fazla bilgiyi internet sitemizde bulabilirsiniz: www.diacura.de

Sadece iş kazaları/okul kazaları/işe gidip gelirken yaşanan kazalar için (meslek kaza sigortası üzerinden):

DiaCura Radyoloji Merkezi kaza sigortası kurumlarına bilgi vermekle yükümlüdür ([SGB X] 100. maddesi, [SGB VII] 201. maddesi ve doktorlar ile kaza sigortası kurumları arasındaki sözleşmenin 46. maddesi uyarınca). Kaza sigortası kurumları DiaCura'dan veri talep edebilirler SGB VII (199, 201. maddeleri, SGB X 67a maddesi uyarınca). Yasal düzenlemelere dayanarak meslek kaza sigortanızdan iletilen veriler hakkında bilgilendirilmeyi talep edebilirsiniz.

Lütfen sadece okuyun!

Muayene ve ilaç uygulanmasına dair onay

(Aşağıdaki bilgileri sizinle birlikte dolduracağız:)

3. Bilgilendirme

Planlanan muayene: Bilgisayarlı tomografi

Kontrast maddenin planlı intravenöz uygulaması, gerekirse anti-alerjik ilaç

Bana *anti-alerjik* ilaç verildiğinde önümüzdeki 12 saat içerisinde sürücü olarak trafiğe katılmamam gerektiğini biliyorum.

evet hayır

Planlanan muayene ile ilgili bilgi sayfasını okudum ve anladım.

Muayenenin ve kontrast maddesi uygulamasının (şayet öngörüldüyse) olası kontraendikasyonları ve yan etkileri hakkında bilgilendirildim ve doktor tarafından ilaveten sözlü bilgilendirme yapılmasından feragat ediyorum.

evet hayır

4. Onay

Planlanan muayenenin yapılmasını kabul ediyorum.

evet hayır

Planlanan kontrast madde/ilaç uygulamasını kabul ediyorum.

evet hayır

Reşit olmayanlar için: Veli olarak çocuğuma ilaç uygulanmasını ve muayeneyi kabul ediyorum.

evet hayır

Tarih

Hastanın imzası

Tarih

Reşit olmayan hastalarda velisi

Bu bilgilendirme formunun bir çıktısını almak istiyorum

evet hayır

Çalışanın imzası: _____

MTRA

Doktor