

Pour votre propre sécurité et pour que la qualité de l'examen soit la plus élevée possible, veuillez répondre aux questions suivantes
Veuillez remettre à l'inscription les résultats, CD-ROM et radiographies que vous avez apportés!

Nom: _____ Prénom: _____ Né(e) le : _____

Téléphone: _____ Poids corporel: _____ Taille corporelle: _____

1. Questions générales

Portez-vous un/une/des stimulateur cardiaque défibrillateur enregistreur 'événements
 valve cardiaque artificielle shunt appareil auditif pièces métalliques implants magnet.
 Clips implant d'oreille interne neurostimulateur des Stents éclats métalliques
 prothèse dentaire fixée par aimant capteur de diabète pompe à insuline autres

Si oui, depuis quand? _____

Avez-vous des piercings et/ou des tatouages? non

Souffrez-vous de **claustrophobie** (angoisse dans les espaces clos)? oui non

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale dans la région du corps à examiner? oui non

Avez-vous des **allergies** connues? oui non

Si oui, lesquelles? _____

Y a-t-il eu des **problèmes** lors de l'administration du **produit de contraste** lors d'examens RM précédents? oui non

Souffrez-vous d'une **insuffisance rénale nécessitant une dialyse**? oui non

Avez-vous/avez-vous eu connaissance d'une **maladie tumorale**? oui non

Avez-vous/avez-vous eu une **maladie infectieuse/chronique**? oui non

Maladie, par ex. VIH, hépatite tuberculose ou rhumatismes?

Si oui, lesquelles? _____

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:

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.

Consentement Examen et administration de médicaments

(Nous remplissons ce qui suit avec vous)

IMPORTANT NOTE:

Avant de commencer l'examen, il est nécessaire d'enlever tous les objets métalliques non fixés. Cela comprend également les barrettes à cheveux, les prothèses dentaires amovibles, les bijoux, les lunettes, les clés, les montres, les appareils auditifs, les téléphones portables ainsi que les cartes de parking, les cartes bancaires ou les cartes de crédit.

3. Information

Examen prévu: Imagerie par résonance magnétique

Administration intraveineuse prévue d'un produit de contraste, médicament antiallergique le cas échéant

Administration d'un produit de contraste (PC), et d'un agent antiallergique, si des réactions au PC se produisent

Administration d'un sédatif contre ma claustrophobie (midazolam).

Je sais que si je prends du midazolam ou un *médicament antiallergique* dans les 24 heures qui suivent, je ne dois pas participer activement à la circulation routière.

oui non

Administration d'un relaxant intestinal (Buscopan) lors de certains examens abdominaux.

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

Je sais que si je prends du midazolam ou un *médicament antiallergique* dans les 24 heures qui suivent, je ne dois pas participer activement à la circulation routière.

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

Patient non informable/examen médicalement nécessaire.

oui non

Date

Médecin de garde pour les patients hospitalisés

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

oui non

Signature des collaborateurs: _____

AH

TRM

Médecin