

Для обеспечения вашей безопасности и максимального качества обследования просим вас ответить на следующие вопросы.

**Пожалуйста, передайте регистратору принесенные с собой заключения, диски CD-ROM и рентгеновские снимки!**

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_

### 1. Общие вопросы

Имею(-ю)тся ли у вас  вас  Электрокардиостимулятор  Дефибриллятор  
 Регистратор событий  Искусственный клапан сердца  Шунт  Слуховой аппарат  
 Металлические предметы  Магнитные имплантаты  Клипсы  Кохлеарный имплант  
 Нейростимулятор  Стенты  Металлические осколки  Зубной протез на магните  
 Датчик для контроля диабета  Инсулиновая помпа  Другое

Если да, то как долго? \_\_\_\_\_

Есть ли у вас  пирсинг и/или  татуировки? Нет

Страдаете ли вы **клаустрофобией** (боязнью закрытого пространства)? Да  Нет

Переносили ли вы когда-либо **операции** в обследуемой области тела? Да  Нет

Есть ли у вас **аллергия**? Да  Нет

Если да, то какая? \_\_\_\_\_

Возникали ли в ходе предыдущих МРТ-обследований **проблемы при введении контрастного вещества**? Да  Нет

Страдаете ли вы **почечной недостаточностью, требующей применения гемодиализа**? Да  Нет

Страдали/страдаете ли вы **каким-либо опухолевым заболеванием**? Да  Нет

Страдали/страдаете ли вы каким-либо **инфекционным/хроническим заболеванием**, напр. ВИЧ, гепатитом, туберкулезом или ревматизмом? Да  Нет

Если да, то каким? \_\_\_\_\_

**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](http://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, § 67a 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.

_____	_____	_____	_____
Дата	Подпись пациента	Дата	Для несовершеннолетних пациентов: родитель/замещающее его лицо, для пациентов стационаров: дежурный врач (полные данные согласно листу наблюдения за пациентом)

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

**ВАЖНО ЗНАТЬ:** Перед началом обследования снимите с себя все незакрепленные металлические предметы. К ним, в частности, относятся заколки для волос, съемные зубные протезы, украшения, очки, ключи, часы, слуховые аппараты, мобильные телефоны, а также парковочные, дебетовые и кредитные карты.

### 3. Разъяснение

Назначенное обследование: магнитно-резонансная томография

Назначенное или необходимое применение контрастного вещества/лекарственного(-ых) средств(-а)

Применение контрастного вещества (КВ) и противоаллергического средства в случае возникновения реакций на КВ

Да  Нет

Применение успокоительного средства (мидазолама) от моей клаустрофобии

Да  Нет

Мне известно, что в течение 24 часов после применения *мидазолама* или *противоаллергического средства* мне нельзя управлять транспортными средствами.

Да  Нет

Применение препарата для расслабления мускулатуры желудочно-кишечного тракта (бускопана) при проведении некоторых обследований брюшной полости

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

Мне рассказали о возможных противопоказаниях и побочных эффектах обследования и назначенных мне лекарственных средств, и я отказываюсь от дополнительных устных разъяснений врача.

Да  Нет

### 4. Согласие

Я даю свое согласие на проведение назначенного обследования.

Да  Нет

При необходимости применения контрастного вещества/лекарственного(-ых) средств(-а) я согласен(-на) с его/их применением.

Да  Нет

Для несовершеннолетних: Как родитель/заменяющее 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/заменяющее его лицо

**Пациент не способен воспринимать разъяснения / Обследование необходимо по медицинским показаниям**    Да  Нет

\_\_\_\_\_  
Дата    Для пациентов стационаров: дежурный врач

**Я хочу получить распечатку этого опросного листа.**    Да  Нет

Подпись сотрудника: \_\_\_\_\_

АН

MTRA

Врач