

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

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](http://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