

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.

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, § 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/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

Я хочу получить распечатку этого опросного листа. Да  Нет

Подпись сотрудника: \_\_\_\_\_  
MTRA Врач