

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

Aşağıdakilerden birini kullanıyor musunuz?  Kalp pili  Defibrilatör  Olay kaydedici  Yapay kalp kapakçığı  
 Şant  İşitme cihazı  Metal parçalar  Manyetik implantlar  Klipsler  İç kulak implantı  
 Nörostimülatör  Stentler  Metal parçacıkları  Manyetik olarak tutturulmuş diş protezleri  
 Diyabetik sensör  İnsülin pompası  Diğer

Cevabınız evet ise, ne zamandan beri? \_\_\_\_\_

Vücudunuzda  piercing ve/veya  dövme var mı? hayır

Kloströfobiniz (kapalı alanlarda korku) var mı? evet  hayır

Muayene edilecek bölgeden daha önceleri hiç ameliyat oldunuz mu? evet  hayır

Bilinen herhangi bir alerjiniz var mı? evet  hayır

Evet ise, hangisi? \_\_\_\_\_

Önceki MR tetkiklerinde **kontrast madde uygulamasıyla** ilgili herhangi sorun yaşandı mı? evet  hayır

Diyaliz gerektiren böbrek yetmezliğiniz var mı? evet  hayır

Bilinen bir tümör hastalığınız var mı/geçmişte oldu mu? evet  hayır

Bulaşıcı hastalığınız/kronik rahatsızlığınız var mı/geçmişte oldu mu? evet  hayır

(örneğin HIV, hepatit tüberküloz veya romatizma)

Evet ise, hangileri? \_\_\_\_\_

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

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](http://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)

### ÖNEMLİ:

Muayeneye başlamadan önce sabit olmayan tüm metal nesnelerin çıkarılması gerekir. Buna saç tokaları, çıkarılabilir takma dişler, takılar, gözlükler, anahtarlar, saatler, işitme cihazları, cep telefonları ve otopark, çek veya kredi kartları da dahildir.

### 3. Bilgilendirme

- Planlanan muayene: Manyetik rezonans tomografisi
- Planlanan veya olası gerekli kontrast madde/ilaç uygulaması
- Kontrast maddenin (KM) ve bir anti-alerjik maddenin uygulanması, (kontrast madde reaksiyonları belirirse)
- Klostrofobime karşı sakinleştirici verilmesi (Midazolam)
- Bana Midazolam veya *anti-alerjik ilaç* verildiğinde önümüzdeki 24 saat içerisinde sürücü olarak trafiğe katılmamam gerektiğini biliyorum. evet  hayır
- Belirli karın muayeneleri sırasında bir bağırsak gevşetici (Buscopan) uygulanması.
- Planlanan muayene ile ilgili bilgi sayfasını okudum ve anladım.
- Muayenenin olası kontrendikasyonları ve yan etkileri ile planlanan ilaç uygulaması hakkında bilgilendirildim ve doktor tarafından ilaveten sözlü bilgilendirme yapılmasından feragat ediyorum. evet  hayır

### 4. Onay

- Planlanan muayenenin yapılmasını onaylıyorum. evet  hayır
- Gerektiğinde kontrast madde/ilaç uygulanmasını 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

Hasta bilgilendirilme yeterliliğine sahip değil / Muayene tıbbi açıdan gerekli. evet  hayır

Tarih Yatılı hastalarda nöbetçi doktor

Bu bilgilendirme formunun bir çıktısını almak istiyorum evet  hayır

Çalışanın imzası: \_\_\_\_\_  
AH MTRA Doktor