RADIOLOGIE
BADEN-BADEN

Номер пациента:_____
Компьют. томография:_____
Дата исследования:_____

Внутривенн. Инъекция
да О нет О
кем проведена…….....

Оператор комп. томографии
…….....
Контрастное вещество:…….....
Хлорид натрия:…….....
Врач:…….....Фактор:…….....

Фамилия:_____ Имя:_____

Дата рождения:_____ Касса мед. страхования:_____
Индекс/населенный пункт:_____ Улица:_____
Телефон:_____ Кому направить результаты:_____

Принимаете ли Вы медикаменты? Подчеркните/дополните нужное. Болеутоляющие, антикоагулянты (например маркумар, аспирин), снотворное, слабительное, противозачаточные таблетки О Нет О Да
либо_____
Жалобы:_____
Известно ли Вам о заболевании, имеются ли / имелись ли в прошлом признаки заболевания одного из следующих органов?
Нужное подчеркнуть или дополнить.
Кровообращение: Высокое давление, одышка при подъеме по лестнице О Нет О Да
либо_____
Аллергии: (например сенная лихорадка, астма), непереносимость пищевых продуктов, медикаментов, пластырей, латекса (предъявите паспорт аллергика, если имеется) О нет О Да
либо_____
Почки: почечные камни, воспаление почек, диализ, высокий уровень креатинина или мочевины
О Нет О Да
либо_____
Щитовидная железа: гипер- или гипофункция, зоб, операция на щитовидной железе
О Нет О Да
Обмен веществ: диабет (сахарный диабет). Если ДА: принимаете ли Вы пероральные метморфин-содержащие таблетки от диабета? О Нет О Да
Какие:
Сердце: тяжелые заболевания сердечной функции? О Нет О Да
Свертываемость крови: частое кровотечение из носа, кровоизлияния также без травм, нарушение свертываемости крови О Нет О Да
Имеются ли у Вас **инфекционные заболевания крови** (например ВИЧ, гепатит), если да, то какие:
_____ О Нет О Да
Для женщин в детородном возрасте: имеется вероятность беременности? О Нет О Да
Имелись ли жалобы при введении контрастного препарата в прошлом? О Нет О Да
Если да, какие?_____
Проводилась ли уже компьютерная томография? О Нет О Да
Если да, когда и где?_____
Гиперфункция щитовидной железы и почечная недостаточность могут усугубиться.
Во время разъяснительной беседы с г-ном доктором _____ кроме прочего было оговорено:

выбор метода, преимущества и недостатки в сравнении с другими методами, возможные осложнения, особенности, увеличивающие степень риска, возможные сопутствующие и последующие вмешательства при аллергических реакциях. На мои вопросы были даны полные и исчерпывающие ответы.
Предусмотренная дата обследования_____ Я не нуждаюсь в дополнительном времени на размышления.
Заявление о согласии: после основательных размышлений я выражаю согласие на проведение компьютерной томографии на _____ (участок тела) с возможным введением контрастного препарата. С возможными сопутствующими и последующими вмешательствами я согласен.
Согласно с §73 абз. 1b Кодекса социального права, часть V, я выражаю согласие впредь и до его отмены на сбор моими лечащими врачами результатов исследований других исполнителей медицинских услуг и передачу полученных результатов обследований другим врачам, участвующим в лечении.
По желанию Вы можете получить копию данного опросного листа пациента O

Баден-Баден, дата _____