

# BT Hasta bilgi formu

## CT-Patientenfragebogen

**LÜTFEN BU FORMU DOLDURUNUZ VE UYGUN OLAN BİLGİLERİ İŞARETLEYİNİZ.**

**Soyadı:**

Familiennamen

**Adı:**

Vorname

**Doğum tarihi:**

Geburtsdatum

**Boy:**

Größe

**Ağırlık:**

Gewicht

**kg**

**Tel.:**

**E-Mail adresi:**

**Muayene edilecek**

Evet (Diagnostikum) ja

**bölgeye ait önceki**

Evet (Başka bir sağlık kurumu)

**görüntüler var mı?**

Hayır nein

Voruntnahmen des Un-  
tersuchungsbereichs?

Sonradan iletilecek  
werden nachgereicht

**Kadınlar için Für Frauen**

Hamile misiniz?

Evet

Hayır

Sind Sie schwanger?

ja

nein

Emziriyor musunuz?

Evet

Hayır

Stillen Sie?

**Muayene edilecek bölgede hangi şikayetleriniz var ve ne zamandan beri?**

Welche Beschwerden haben Sie im Untersuchungsbereich und seit wann?

Sol

Sağ

Orta

links

rechts

mittig

**Muayene edilecek bölgede daha önce ameliyat geçirdiniz mi?**

Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert?

Evet

Hayır

Evet ise, hangi yıl ve hangi sebeple?

Wenn ja, welches Jahr und weshalb?

**Tümör veya kanser hastalığınız var mı? Sind Tumore bzw. Krebserkrankungen bekannt?**

Evet

Hayır

Evet ise, hangi tür?

Wenn ja, welche?

Hangi tedavi uygulandı?

Welche Therapie erfolgte?

Cerrahi müdahale

OP

Radyoterapi

Bestrahlung

Kemoterapi

Chemotherapie

**Kalp pili taşıyor musunuz?**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Evet

Hayır

**Tiroid ilacı kullanıyor musunuz?**

Nehmen Sie ein Schilddrüsenmedikament?

Evet

Hayır

Evet ise, hangi ilaç?

Wenn ja, welches Medikament?

**Mevcut şikayetlerinizin sebebi bir kaza mı?**

Sind die Beschwerden auf Grund eines Unfalls?

Evet

Hayır

Evet ise, ne zaman?

Wenn ja, wann?

**Kan sulandırıcı ilaç kullanıyor musunuz?**

Nehmen Sie Blutverdünner?

Evet

Hayır

**Daha önce iyot içeren bir radyolojik**

**kontrast madde aldınız mı?**

Schonmal jodhaltiges Kontrastmittel erhalten?

Evet

Hayır

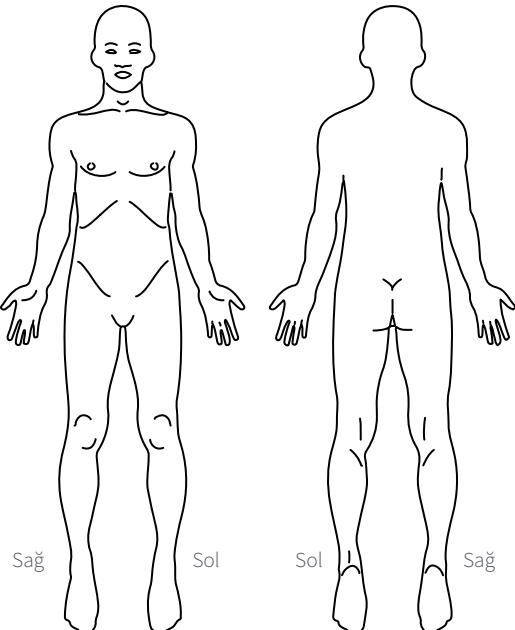
Evet ise, herhangi bir alerji veya yan etki

meydana geldi mi?

Sind unverträglichkeiten aufgetreten?

Evet

Hayır



**➔ Lütfen mevcut şikayetlerinizi şekil üzerinde işaretleyiniz.**

**Lütfen çevirin ➔**

**Bende bilinen hastalıklar şunlardır** Folgende Erkrankung ist bei mir bekanntBöbrek hastalığı **Nierenerkrankung**

HIV

Hipertiroidi **Schilddrüsenüberfunktion**

Myasthenia gravis

Alerjiler **Allergien**Diyabet Mellitus **Diabetes**AV Blok **AV-Block**Hepatit **Hepatitis**

Sonstiges:

**Diagnostikum Berlin doktorunun imzası** Unterschrift Ärzt\*in des Diagnostikum Berlin**Diğer Notlar** Sonstige Anmerkungen**Beni yönlendiren doktorun muayene sonuçlarını almasını istiyorum.**

Mein überweisender Arzt / meine überweisende Ärztin soll Untersuchungsergebnisse erhalten.

**Onay beyanı** Datenschutzerklärung

İmzam ile (gerekirse hasta adına) aşağıdaki hususları onaylıyorum:

- Aydınlatma formunu okudum ve anladım. Ayrıca anamnez (hastalık öyküsü) ile ilgili soruları elimden geldiğince doğru yanıtladım.
- Planlanan muayene hakkında detaylı olarak bilgilendirildim. Başka sorum yok ve tamamen bilgilendirildim.

- Tıbbi yardımcı personel (MTR, MFA) tarafından uygulanacak olası kontrast madde enjeksiyonunu (iyot içeren, radyoaktif olmayan) kabul ediyorum.
- Kararımı dikkatlice düşündüm. Ek bir düşünme süresine ihtiyacım yok ve muayeneye onay veriyorum.

**Doctolib**

Randevuma ilişkin olarak Diagnostikum Berlin'in beni bilgilendirmesine onay veriyorum. Onayım ile, cep telefonu numaramın veya e-posta adresimin randevu hatırlatma amacıyla işlenmesine onay veriyorum. Randevu hatırlatmaları için hizmet sağlayıcısı olarak Doctolib kullandığımızı belirtmek isteriz. Bu onay, DSGVO'nun 9. maddesinin 2. fıkrası (a) bendi ile 6. maddesinin 1. fıkrası (a) bendi ve 7. maddesi uyarınca verilmektedir. **Kişisel verilerimin başka amaçlar için işlenmesi veya aktarılması söz konusu değildir.** (Stimmt Terminerinnerung durch Doctolib per Telefon (Kreuz 1) bzw. E-Mail (Kreuz 2) zu) Randevu hatırlatma hizmeti ile ilgili onay vermiyorum. (Stimmt Terminerinnrung durch Doctolib **NICHT** zu)

**UYARI: Kontrast Madde Uygulamasının Reddi**

Tavsiye edilen kontrast madde ile yapılacak olan incelemeye onay vermiyorum, değerlendirme imkanının kısıtlanmasının olası olumsuz sonuçları konusunda açıkça bilgilendirilmiş olmama rağmen.

Tarih, Hasta/Yetkili Kişinin İmzası

Yapılacak tıbbi muayeneye gönüllü olarak katıldığımı ve verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu onaylıyorum. Bilgilerimin beni yönlendiren doktorla paylaşılmasına ve randevu hatırlatma hizmetine onay verdim. Bu onayları, herhangi bir sebep göstermeden dilediğim zaman geri çekebilirim. DS-GVO'nun 7. maddesi 3. fıkrası uyarınca, geçmişte yapılan işlemler etkilenmez; geri çekme sadece ulaştığı andan itibaren geçerli olur.

Tarfıma aydınlatma formunun bir kopyasının verilmemesi konusunda onay veriyorum.

Evet

Hayır

**Tarih, Hasta/Yetkili Kişinin İmzası**

Yetkili temsilcinin adı