

MRT Hasta bilgi formu

MRT-Patientenfragebogen

LÜTFEN BU FORMU DOLDURUNUZ VE UYGUN OLAN BİLGİLERİ İŞARETLEYİNİZ.

Soyadı: **Adı:** **Doğum tarihi:**
Familiennamen Vorname Geburtsdatum

Boy: **Ağırlık:** **kg** **Tel.:**
Größe Gewicht

E-Mail adresi:

Muayene edilecek bölgeye ait önceki görüntüler var mı? Evet (Diagnostikum) ja
Evet (Başka bir sağlık kurumu)
Hayır nein
Voraufnahmen des Untersuchungsbereichs? Sonradan iletilecek werden nachgereicht

Kadınlar için Für Frauen

Hamile misiniz? Sind Sie schwanger?	Evet	Hayır
Emziriyor musunuz? Stillen Sie?	Evet	Hayır

Vücutunuzda veya üzerinde metal/implant var mı? Evet Hayır
Tragen Sie folgende Metalle/Implantate im bzw. am Körper?

Kalp pili Herzschrittmacher	Koklear İmplant Cochlea-Implantat	Yapay kalp kapağı Künstliche Herzklappe
Metal / şarapnel parçası Metall-/Granatsplitter	Manyetik diş protezi magnet. Zahnprothese	Ameliyat sonrası metal parçalar / protezler Metallteile/Prothesen nach Operationen
İnsülin / ağrı pompası Insulin-/Schmerzpumpe	Damar klipsleri Gefäßclips	İşitme cihazı Hörgerät
Diğer: Sonstiges		

Muayene edilecek bölgede hangi şikayetleriniz var ve ne zamandan beri? Sol Sağ Orta
Welche Beschwerden haben Sie im Untersuchungsbereich und seit wann? links rechts mittig

Mevcut şikayetlerinizin sebebi bir kaza mı? Evet Hayır
Sind die Beschwerden auf Grund eines Unfalls?

Evet ise, ne zaman?
Wenn ja, wann?

Bende bilinen hastalıklar şunlardır Folgende Erkrankung ist bei mir bekannt Evet Hayır

Enfeksiyon hastalıkları Infektionskrankheiten	HIV	Hepatit Hepatitis	Tüberküloz Tuberkulose	Diğer: Sonstiges	
Kronik hastalıklar Chronische Krankheiten	Romatizma Rheuma	Crohn hastalığı M.Crohn	MS	Diğer: Sonstiges	
Tümör / Kanser Tumore/Krebserkrankungen	Hangi tür? Hangi yıl? Welche? Welches Jahr?	Nasıl tedavi edildiniz? Wie wurde therapiert?	Cerrahi müdahale OP	Radyoterapi Bestrahlung	Kemoterapi Chemotherapie
Böbrek hastalıkları Nierenerkrankungen	Hangi tür? Welche?				
Alerjiler Allergien	Hangi tür? Welche?				

Muayene edilecek bölgede daha önce ameliyat geçirdiniz mi?

Evet

Hayır

Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert?

Evet ise, hangi yıl ve hangi sebeple?

Wenn ja, welches Jahr und weshalb?

Önceki tetkiklerde kontrast maddeye alerjik reaksiyon gösterdiniz mi?

Evet

Hayır

Haben Sie bei früheren Untersuchungen allergisch auf Kontrastmittel reagiert?

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 die 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 içermeyen, 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.

Tarafıma aydınlatma formunun bir kopyasının verilmemesi konusunda onay veriyorum.

Evet

Hayır

Tarih, Hasta/Yetkili Kişinin İmzası

Yetkili temsilcinin adı

X