

КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО - ОПРОСНИК

KONTRASTMITTEL – FRAGEBOGEN

Фамилия, Имя (Name): Рост (Größe): Вес (Gewicht): Дата рождения (Geburtsdag): Контактный телефон (Telefonnummer):	Креатинин	TSH
Есть ли у вас аллергия на йод? Besteht eine Jodallergie?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Есть ли у вас поллиноз (аллергия на пыльцу) или астма? Haben sie Heuschnupfen oder Asthma?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Есть ли у вас непереносимость медикаментов или пищевых продуктов? Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Вы курите или курили? Sind oder waren Sie Raucher? О сигареты О электронике сигареты О Как долго?/ Сколько? (Zigarette) (E-Zigarette) (Wie lange?/ Wie viel?)	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Применялось ли контрастное вещество на предыдущих обследованиях? (Напр. при исследовании почек, желчного пузыря, вен на ногах, артерий) Wurde bei einer früheren Untersuchung schon einmal Kontrastmittel gespritzt (z.B. Untersuchungen der Niere, der Galle, der Beinvenen, der Arterien)?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Были ли у вас при этом зуд, высыпания или обморок? Hatten Sie dabei Juckreiz, Ausschlag oder eine Kreislaufreaktion?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Есть ли у вас гипертериоз? Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Есть ли у вас инфекционные заболевания? (гепатит, ВИЧ и т.д) Besteht eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV o.a.)?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Есть ли у вас заболевания сердца? (повышенное давление, порок сердца) Besteht eine Herzerkrankung (hoher Blutdruck, Herzfehler)?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Если у вас почечные заболевания? (камни, диализ, повышенный креатинин или содержание мочевой кислоты) Besteht eine Nierenerkrankung (Steine, Dialyse, hohe Kreatinin- oder Harnsäurewerte)?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Были ли у вас операции или раковые заболевания? Какие? Hatten Sie bereits Operationen oder Krebserkrankungen? Welche?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Есть ли у вас диабет? Sind Sie Diabetiker? Если ответ «да», то: О Таблетки О Инъекции О Диета Wenn ja О Tabletten О Spritzen О Diät	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Для женщин: Есть ли вероятность, что вы беременны? Bei Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
<p>Контрастное вещество, которое мы используем для внутривенной инъекции в целом переносится хорошо. После проведения анализа с использованием контрастного вещества рекомендуется много пить, это помогает выводу контрастного вещества из организма. Если у вас остались вопросы по поводу других возможных побочных эффектов или рисков, обратитесь к врачу, который проводит обследование.</p> <p>Die von uns benutzten Kontrastmittel zur intravenösen Injektion sind im allgemeinen gut verträglich. Nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel sollten Sie viel trinken. Das fördert die Ausscheidung des Kontrastmittels. Wenn Sie noch weitere Fragen haben zu anderen möglichen Nebenwirkungen und Risiken, fragen Sie bitte den untersuchenden Arzt.</p>		
Если вы не желаете, чтобы Вас вызвали по фамилии, обратитесь пожалуйста в регистратуру! Wenn Sie nicht mit Ihrem Namen aufgerufen werden wollen, wenden Sie sich bitte an die Anmeldung!		
Я даю своё согласие на проведение обследования Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein
Я даю согласие на передачу информации врачу, который меня направил Ich bin mit der Informationsübermittlung an den überweisenden Arzt einverstanden.	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Nein

Я даю согласие на внутривенное введение контрастного вещества Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden.	<input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Нет Nein
Вы привиты против COVID-19? Если да, когда? Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? Wenn ja, wann?	<input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Нет Nein
Если у Вас в данный момент подвешенная температура тела или корона инфекция? Haben Sie im Moment einen fieberhaften oder Corona Infekt?	<input type="radio"/> Да Ja	<input type="radio"/> Нет Nein

Дата, подпись(Пациент/опекун)

Врач

Datum, Unterschrift(Patient/ Sorgeberechtigter)

(Arzt)

Мы серьёзно относимся к защите Ваших персональных данных и придерживаемся Закона регулирования защиты данных, с которым Вы можете ознакомиться в комнате ожидания.