

Имя, Фамилия (Name/Vorname): _____
Дата Рождения (Geburtsdatum): _____
Масса тела (Körpergewicht): _____
Контактный телефон (Telefonnummer): _____

Процедура МРТ противопоказана пациентам с кардиостимулятором!
Kein Zutritt für Schrittmacherpatienten!

Отметьте подходящие пункты (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Установлен ли у вас **водитель ритма (кардиостимулятор)**? Да Нет
Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? (Ja) (Nein)

Носите ли вы помпу для медикаментов или стимуляционный зонд? Да Нет
Haben Sie eine Medikamentenpumpe oder eine Stimulationssonde?

Есть ли у вас в теле металл, протезы, магниты, металлические занозы, металлические осколки (в т.ч. в результате контузии), сосудистые зажимы? Да Нет
Haben Sie Metall, Prothesen, Magneten, bewegliche Metallsplitter oder Gefäßclips im Körper?

Проводились ли вам операции на голове или на сердце? Да Нет
Wurden Sie am Herzen oder am Kopf operiert?
Если да, укажите дату:
Wenn ja, wann:

Проводилась ли вам артроскопия (напр. коленного сустава)? Да Нет
Wurde eine Arthroskopie (z. B. am Knie) durchgeführt?
Если да, укажите дату:
Wenn ja, wann:

Были или есть ли у вас тяжёлые заболевания? Да Нет
Haben oder hatten Sie eine bösartige Erkrankung?

Есть ли у вас инфекционные заболевания (ВИЧ, Гепатит и др.)? Да Нет
Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV o.a.)?

Есть ли у вас татуировки, пирсинг, татуаж? Да Нет
Haben Sie ein Tattoo, Piercing oder Permanentmakeup?

Есть ли у вас аллергии или повышенная чувствительность? Да Нет
Ist eine Allergie (Überempfindlichkeit) bekannt?

Страдаете ли вы бронхиальной астмой или заболеванием почек? Да Нет
Leiden Sie an Asthma bronchiale oder Nierenstörungen?

Для женщин: вы беременны? Да Нет
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

Я получил(а) исчерпывающий инструктаж и не имею больше вопросов Да Нет
Ich fühle mich vollständig aufgeklärt

Я даю согласие на проведение обследования Да Нет

Ich willige in die Untersuchung ein

Я даю согласие на

Да

Проверните страницу

использование контраста

Нет

Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe

einverstanden

Я даю согласие на передачу результатов исследования направившему меня врачу

Ich bin mit einer Befundübermittlung an den überweisenden Arzt einverstanden

Да Нет

Опишите свои жалобы

Was haben Sie für Beschwerden?

.....
Дата (Datum)

.....
Подпись пациента или опекуна
Unterschrift Patient /Sorgeberechtigter

.....
Подпись врача
Unterschrift Arzt