

Личное согласие

на обследование ПЭТ-КТ

Имя: _____

Уважаемый пациент,

просим вас ответить на следующие вопросы, это очень важно для успешного обследования:

- были ли у Вас прежде обследования методами ядерной медицины, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография да нет
если да, какой орган? _____
- возникали ли у Вас проблемы после рентгена с контрастными веществами, например нарушение сердечно-сосудистой системы, шок, или кожные реакции? да нет
- страдаете ли Вы диабетом или иными нарушениями обмена веществ в важных органах (сердце, сосуды, лёгкие, печень, почки) или в нервной системе? да нет
- страдаете ли Вы заболеваниями щитовидной железы, особенно Гипертиреозом? да нет
- есть у Вас аллергия, астма или выраженная реакция на медикаменты, особенно на йод или контрастные вещества? да нет
- принимаете ли Вы регулярно лекарства от сердца, болеутоляющие, препараты понижающие давление или свёртывание крови? да нет
- есть ли вероятность, что Вы беременны? да нет

- я получил(а) подробную информацию об обследовании и у меня нет больше вопросов. да нет
- я согласен/согласна с обследованием. да нет
- в случае если моя больничная касса откажется платить за обследование, я готов(а) рассчитываться за неё сам/сама. да нет

Berlin,

_____ число

_____ подпись врача

_____ подпись пациента