

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur geplanten CT- Kontrastmitteluntersuchung:

Wurde bei Ihnen schon eine Computertomografie durchgeführt? Wenn ja, wann: _____ wo?: KH / Praxis _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenuntersuchung oder Strahlenbehandlung durchgeführt? Wenn ja, wann: _____ wo?: KH / Praxis _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Traten bei früheren Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist eine Allergie oder Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, Medikamenten oder Jod bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? Welche Medikamente nehmen Sie ein: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt bei Ihnen eine Nierenerkrankung vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt bei Ihnen ein Diabetes (Zuckerkrankheit) vor? Welches Medikament nehmen Sie ein: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ungewiss

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Ggf. Anmerkungen: _____

Einwilligungserklärung:

- Mit der Durchführung der **CT-Untersuchung** und einer falls erforderlichen **intravenösen Kontrastmittelgabe** und das damit verbundene Legen einer Venenverweilkanüle (für die Dauer der Untersuchung) durch eine Medizinische Fachangestellte bin ich **einverstanden**.
- Ich **lehne die Untersuchung** trotz ausführlicher Aufklärung **ab**.

Wenn Sie weitere Fragen zur Untersuchung, zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, welche durch die bisherigen Erklärungen unklar sind, beantworten wir Sie Ihnen gern. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde den mitbehandelnden Ärzten übermitteln dürfen. Dies gilt bis auf Widerruf!

Lindau den, _____ Unterschrift: _____
Patient / ggf. Erziehungsberechtigter Arzt

Bitte wenden

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 1 / vom: 15.10.2014
Erstellt am: 15.10.2014	Freigegeben am: 15.10.2014	Seite 1 von 2

Liebe Patientinnen und Patienten,

aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen (Art. 9 DS-GVO, § 22 BDSG in der ab dem 25. Mai 2018 geltenden Fassung in Verbindung mit § 73 Abs. 1b SGB V) dürfen wir Sie betreffende Untersuchungsdaten und Befunde nur an andere Ärzte zum Zwecke Ihrer (Weiter-) Behandlung weitergeben, wenn Sie einwilligen. Wir gehen davon aus, dass sie mit der Weitergabe der Befundberichte an den Arzt, der Sie zu uns überwiesen hat, einverstanden sind. Sollten Sie mit der Weitergabe des Befundes an den behandelnden Arzt nicht einverstanden sein, hätte die Untersuchung keinen Sinn. In dem Fall bitten wir sie Ihre Entscheidung unten zu bestätigen.

Im Laufe der jetzigen oder zukünftiger Behandlungen kommt es immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK (medizinischer Dienst der Krankenkassen)) Behandlungsdaten und Befunde von uns für Ihre weitere ärztliche Behandlung benötigen. Wir bitten Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

- Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt/Ärztin als auch andere mitbehandelnde Ärzte auf deren Anfrage die mich betreffenden Behandlungsdaten / Befunde erhalten.
 Ich bin damit einverstanden, dass NUR der überweisende Arzt/Ärztin die mich betreffenden Befunde erhält.
 Die mich betreffenden Befunde erhält bitte nur:

(Name, Anschrift sowie Faxnummer des Arztes)

Außerdem benötigen wir Ihre Einwilligung , dass wir Ihre Daten zur Erinnerung (Recall) an Ihren Termin per Telefon nutzen dürfen .

- Einwilligung zur telefonischen Termin-Erinnerung

"Unsere Rechnungen für Selbstzahler werden von unserem Abrechnungsbüro "Scholz - Privatabrechnungen für Ärzte, Hochgerichtstr. 25/1, 88213 Ravensburg" bearbeitet. Die Mitarbeiter des Abrechnungsbüros unterliegen - wie wir selbst - gemäß §203 StGB den Bestimmungen der Schweigepflicht und des Datenschutzgesetzes entspr. DS-GVO.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dafür müssen Sie sich uns gegenüber ausweisen (in der Regel Personalausweis).

Lindau, den _____,

Unterschrift d Patienten/in
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Vormund

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: QMB, PL	Version: 1 / vom: 15.10.2014
Erstellt am: 15.10.2014	Freigegeben am: 15.10.2014	Seite 2 von 2