

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu der geplanten MRT- Untersuchung:**

Haben Sie Tätowierungen oder Permanent-Make-up?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben sie <b>elektronische Geräte</b> im Körper ( Herzschrittmacher, Cochlea-implantat, Schmerzpumpe, Diabetes-Sensor), oder <b>Implantate</b> (Spirale, Knie-/ Hüft-TEP, Wirbelsäule, Zähne), oder haben Sie <b>sonstige Metallobjekte</b> im Körper (Metallsplitter , etc ) ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie am Herzen oder am Kopf operiert worden? Wurde ein <b>Stent</b> oder ein <b>Ventrikel-Shunt</b> implantiert? Wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bereits eine MRT oder CT Untersuchung bei Ihnen durchgeführt? Wann? Wo?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie im Bereich der zu untersuchenden Körperregion früher operiert Wann? Was wurde gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Allergie? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Störungen der Niere bekannt oder sind sie Dialyse pflichtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Leber transplantiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls es von Ihnen benannt werden kann, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte tragen Sie Ihr Körpergewicht ein: \_\_\_\_\_ kg Ihre Größe: \_\_\_\_\_ cm

Welcher Art sind Ihre Beschwerden (die heutige Untersuchung betreffend):

\_\_\_\_\_

Ggf. Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch: \_\_\_\_\_

- Ich trage **keinen Herzschrittmacher, kein Ohr (Cochlea-) Implantat** und **keine Schmerzpumpe**.
- Ich versichere (außer den oben erwähnten) **keine Metallobjekte** /-splitter im Körper zu haben und vor der Untersuchung alle Metallgegenstände in der Kabine abzulegen.
- Eine **Schwangerschaft besteht nicht.**/ Ich **stille nicht**
- Mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe und das damit verbundene Legen einer Venenverweilkanüle für die Dauer der Untersuchung durch eine Medizinische Fachangestellte bin ich **einverstanden**.
- Ich bin darüber aufgeklärt, dass eine Sedierung nur möglich ist, wenn eine Begleitperson nach der Untersuchung mich nach Hause bringen kann, da die Verkehrstüchtigkeit und die Fähigkeit zur Führung von Maschinen beeinträchtigt sein kann

**Einwilligungserklärung:**

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. der Eltern\* \_\_\_\_\_ Arzt \_\_\_\_\_

\*) Grundsätzlich sollten beide Elternteile unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

**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