

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Aufklärung, Anamnese und Einwilligung zur Röntgendiagnostik

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat die Durchführung einer Röntgenuntersuchung angeordnet. Die hierfür notwendigen Aufnahmen sind mit einer gewissen Strahlenbelastung verbunden. Unser Aufnahmesystem ist auf eine hohe Auflösung zur Darstellung der Röntgenbilder ausgerichtet, bei einer möglichst geringen Strahlenbelastung. Wir bitten Sie, uns folgende Fragen zu beantworten:

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

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenuntersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann: _____ wo?: KH / Praxis _____ Von welchem Körperteil: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Nuklearmedizinische Untersuchung oder eine Strahlenbehandlung durchgeführt? Wenn ja, wann: _____ wo?: KH / Praxis _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Frauen im gebärfähigen Alter: besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Letzte Regelblutung: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ungewiss

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an uns. Wir geben Ihnen gerne Auskunft!

Einwilligungserklärung:

- ❖ Ich habe die Ausführungen zur Untersuchung gelesen und verstanden. Gegebenenfalls erforderliche Rückfragen wurden mir verständlich beantwortet.
- ❖ Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit.
- ❖ Die gestellten Fragen wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet.

Ich erkläre mich 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/Erziehungsberechtigter/Vormund

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

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