

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Aufklärung und Einwilligung zur Mammographie

Sehr geehrte Patientin,

Ihr behandelnder Arzt hat die Durchführung einer Mammographie angeordnet.

Die Mammographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung der Brustdrüse, die mit einer gewissen Strahlenbelastung verbunden ist. Das Mammographiesystem ist auf eine hohe Auflösung zur Darstellung ausgerichtet, bei einer möglichst geringen Strahlenbelastung.

Die Untersuchung dauert nur wenige Minuten. Für die Untersuchung ist es erforderlich, den Oberkörper vollständig freizumachen. Eine Mitarbeiterin führt Sie an das Mammographiegerät und erklärt Ihnen den Untersuchungsablauf dann auch nochmals im Detail. Anschließend wird jede Brust zwischen zwei Plexiglasplatten gelegt und kurz zusammengedrückt. Diese Komprimierung der Brust wird von manchen Frauen als unangenehm oder auch (selten) als schmerzhaft empfunden. Bitte beachten Sie: Je stärker die Brust komprimiert wird, desto besser ist die Darstellung des Brustgewebes und eventueller Veränderungen und umso geringer ist die Strahlenbelastung.

Die Röntgenassistentin wird aber in jedem Falle die Stärke der Kompression individuell mit Ihnen abstimmen. In der Regel werden je Brust zwei Aufnahmen in verschiedenen Ebenen gefertigt.

Wir bitten Sie, uns folgende Fragen zu beantworten:

Wurde bei Ihnen schon eine Mammographie durchgeführt? Wenn ja, wann: _____ wo?: KH / Praxis _____	☐ Ja ☐ Nein
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Röntgenuntersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann: _____ wo?: KH / Praxis _____	☐ Ja ☐ Nein
Wurde bei Ihnen schon einmal eine Nuklearmedizinische Untersuchung oder eine Strahlenbehandlung durchgeführt? Wenn ja, wann: _____ wo?: KH / Praxis _____	☐ Ja ☐ Nein
Frauen im gebärfähigen Alter: besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Letzte Regelblutung: _____	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ungewiss

Wenn Sie Fragen an uns 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 / ggf. Erziehungsberechtigter/Vormund

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