

Radiologische Gemeinschaftspraxis Ludwigsburg
Dres.med. Roos, Schmidt, Wunsch, Eckert, Kleinholz, Magel, Schmid, Abele, Pollmann

Name: _____ geb. _____

Strahlenanamnese und Einverständniserklärung
zu einer radiologischen Untersuchung

Liebe Patientin, lieber Patient,

ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Röntgenuntersuchung in unser Institut überwiesen. Bitte beantworten Sie uns hierzu folgende Fragen:

Besteht eine Schwangerschaft ? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung (z.B. Zahnarzt, Orthopäde, im Krankenhaus, etc.)

wann? _____ wo? _____ was? _____

Wann und wenn ja, wo erfolgte eine Untersuchung mit radioaktiven Stoffen (z.B. radioaktive Spritze für ein Schilddrüsen- Nieren- oder Knochenszintigramm)?

Wann? _____ wo? _____ was? _____

Wurde schon einmal eine Strahlentherapie (z.B. nach einer Tumorerkrankung) durchgeführt ?

Wann? _____ wo? _____ was? _____

Ihre Körpergröße: _____ **Gewicht** _____

Mit der Durchführung der geplanten Untersuchung bin ich einverstanden

ja nein **Unterschrift:** _____

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens für meine Unterlagen

ja nein **Unterschrift:** _____

XX

Angaben zum Datenschutz:

Ich bin einverstanden, dass zur Befundung notwendige Vorbefunde/Bilder angefordert werden dürfen ja nein

Ich bin mit der Weitergabe von Befunden/ Bildern an die mich behandelnden Ärzte einverstanden ja nein

Ich bin mit der Versendung der Befunde an behandelnde Ärzte auch per Fax einverstanden ja nein

Ich bin mit der Befundspeicherung in meiner elektronischen Patientenakte einverstanden ja nein

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung hierzu jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ludwigsburg, _____ **Unterschrift** _____

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, bei Stichproben zur Qualitätsprüfung ihre Daten auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung uneingeschränkt zu übermitteln. Es kann deshalb sein, dass auch ihr Behandlungsfall darunter ist