

**Radiologische Gemeinschaftspraxis Ludwigsburg**  
**Dres.med. Eckert, Kleinholz, Schmid, Abele, Pollmann, Haubenreisser, Kurz, Godel**

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** \_\_\_\_\_

**Ich nehme zur Kenntnis, daß eine Untersuchung mit ionisierender/ Röntgenstrahlung erfolgt mit der nicht auszuschließenden Möglichkeit einer Schädigung von DNA/ Erbinformation.**

**Mit der Durchführung der geplanten Untersuchung bin ich einverstanden**

ja  nein

**Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens für meine Unterlagen**

ja  nein

**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 mich behandelnde Ärzte einverstanden** ja  nein

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

**Wenn Sie die elektronische Patientenakte (ePA) nutzen:**

**Wir sind verpflichtet, unseren Befund in Ihre ePA zu kopieren. Sie haben das Recht, dem zu widersprechen.**

**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**