

PATIENTENAUFKLÄRUNG RÖNTGEN

Name:

Geb. Datum:

Wohnort:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Röntgenaufnahme durchgeführt werden, die Ihrer Einwilligung bedarf. Die Bilder der heutigen Untersuchung erhalten Sie im Anschluss. Der Befundbericht mit der Auswertung der heutigen Bilder wird in der Regel in 1-2 Tagen an die Überweiserpraxis gefaxt. Auf Wunsch können Sie eine Kopie des Bogens mitnehmen. Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, legen Sie diesen bitte an der Anmeldung vor.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Für die Untersuchung wird ein Körperteil in einer für die Aufnahme möglichst günstigen Position zwischen Röntgenröhre und Aufzeichnungssystem gebracht und für kurze Zeit mit Röntgenstrahlen beschickt.

Wie viel wiegen Sie (in kg)? _____ kg

Wie groß sind Sie (in cm)? _____ cm

Frauen im gebärfähigen Alter (Mädchen ab 12 Jahren): Sind Sie schwanger ?

 Nein Ja ungewiss**Einverständniserklärung:**

Ich fühle mich ausreichend informiert Ich habe keine weiteren Fragen mehr und hatte ausreichend Bedenkzeit Ich willige in die geplante Untersuchung ein.

Lohr, den

.....
Unterschrift der Patientin / des Patienten.....
Unterschrift Arzt

Für die Eltern von minderjährigen Patienten: Ich bin mit der Durchführung der Röntgenaufnahme einverstanden.

Lohr, den

.....
Unterschrift der Eltern**Bitte wenden und weiter ausfüllen →**

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Im Rahmen unserer ärztlichen Leistungen unterliegen wir neben der ärztlichen Schweigepflicht, den gesetzlichen Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU DS-GVO) sowie des Sozialgesetzbuches (SGB). Wir benötigen daher für die folgenden Verarbeitungen Ihrer Daten eine Einwilligung.

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an den mich überweisenden Arzt einverstanden.

JA, NEIN

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an die mich weiterbehandelnden Ärzte einverstanden.

JA, NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologie Lohr zur medizinischen Qualitätssicherung im Zusammenhang mit meiner Untersuchung, Informationen (z.B. Arztberichte, Laborwerte, etc.) bei den mich behandelnden Ärzten einholen darf.

JA, NEIN

Im Falle einer früheren Behandlung bei Dr. Dettmann, oder Dr. Handwerker, oder Dr. Müller willige ich in die Einholung dieser Behandlungsdaten ein.

JA, NEIN

Sie können zum späteren Zeitpunkt Ihr Einverständnis jederzeit formlos widerrufen.