

Bitte Vorder- und Rückseite ausfüllen!

Für betreute Patienten/-innen

Herr / Frau

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____

kommt am _____ zur Untersuchung in unsere Praxis (geplante Untersuchung(en) siehe Rückseite).

1. Allgemeine Fragen:

Ist bei Ihnen eine Allergie oder Überempfindlichkeit bekannt? Wenn ja: welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie auf Kontrastmittel früher allergisch reagiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Zuckererkrankung (Diabetes) bekannt? wenn ja: nehmen Sie Metforminhaltige Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Befinden sich Metall, Prothesen, Schrauben oder Splitter in Ihrem Körper?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Herzerkrankung? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine bösartige Erkrankung ("Krebs") behandelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie zurzeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

2. Einverständnis Bild- und Befundweitergabe und -anforderung gem. §73 Abs.1b SGB V:

Weitergabe		
Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologiepraxis meine Bild- und Befunddaten meinen behandelnden Ärzten zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Anforderung		
... und dass die Radiologiepraxis Befund- und Bilddaten von meinen behandelnden Ärzten anfordern und verwenden kann, die sie für die Leistungserbringung benötigt.	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
<i>Dieses Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.</i>		

_____ _____
Datum Unterschrift Betreuer(in)

_____ _____
Datum Unterschrift Patient(in)

Name Betreuer(in)

Telefon/ Fax für Rückfragen

Betreute/r Patient/in ist hinsichtlich der geplanten med. Maßnahme einwilligungsfähig. Ja Nein

Betreute/r Patient/in ist hinsichtlich der Bild-/Befundweitergabe bzw. -anforderung einwilligungsfähig. Ja Nein

Betreuer/in ist zur Einwilligung in die geplante medizinische Maßnahme befugt. Ja Nein

Betreuer/in ist zur Einwilligung in die Bild-/Befundweitergabe bzw. -anforderung befugt. Ja Nein

Bitte wenden!

Einverständnis Untersuchung und Medikamentengabe

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an **x** und bestätigen Sie mit Datum und Unterschrift Ihre Angaben:

3. Geplante Untersuchung

- Kernspintomographie (MRT)
- Computertomographie (CT)
- Röntgenuntersuchung (RÖ)
- Digitale Mammographie (MM)
- Sonographie (Ultraschall) (Sono)

zu unters. Seite
li re

- Ich habe das Informationsblatt zur geplanten Untersuchung gelesen und verstanden.
- Ich bin über mögliche Begleiterscheinungen und Komplikationen informiert und verzichte auf die mündliche Aufklärung durch den Arzt / die Ärztin vor der Untersuchung. Nein Ja

4. Geplante oder evtl. notwendige Medikamentengabe (betrifft nur MRT- und CT-Untersuchungen ¹⁾)

- Gabe eines Beruhigungsmittels gegen meine Platzangst (Valium)
- Gabe eines Darment Spannungsmittels (Buscopan) bei bestimmten Magen-Darm-Untersuchungen (MRT)
- Gabe von Perchlorat (Irenat) zur Blockierung einer Schilddrüsenüberfunktion bei KM-Gabe (CT)
- Gabe eines Kontrastmittels (KM), und eines antiallergischen Mittels, falls KM-Reaktionen auftreten.

- Ich bin über mögliche Kontraindikationen und Nebenwirkungen informiert und verzichte auf die mündliche Aufklärung durch den Arzt / die Ärztin vor der Medikamentengabe. Nein Ja
- Mir ist bekannt, dass ich bei Gabe von *Valium*, *Buscopan* oder eines *antiallergischen Mittels* innerhalb der nächsten 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf. Nein Ja

5. Einwilligungserklärung

- Ich stimme der Durchführung der geplanten Untersuchung zu. Nein Ja
- Mit der oben angegebenen Medikamentengabe bin ich einverstanden. ¹⁾ Nein Ja

¹⁾ Bei Minderjährigen: Als Erziehungsberechtigter stimme ich der Medikamentengabe und Untersuchung meines Kindes zu. Das Einverständnis miterziehungsberechtigter Personen (z.B. des anderen Elternteils) liegt mir vor.

	x		x
Datum	Unterschrift Patient(in)	Datum	Unterschrift Betreuer(in) ²⁾

²⁾ Bzgl. Befugnis und Einwilligungsfähigkeit siehe bitte Seite 1

Selbstverständlich ist die telefonische Rücksprache mit einem unserer Ärzte vor der Untersuchung jederzeit möglich. Sollten Sie weitere Informationen benötigen, so stehen wir Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.
 Tel.: 0921 787778-0

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular zu!

Fax: 0921 787778-99

Herzlichen Dank!

Für den Fall der Entscheidung zu einer Zusatzuntersuchung beim Termin:

▶ Alle oben gemachten Angaben (1. - 5.) treffen auch für Untersuchung ²⁾ zu, bis auf Folgendes:

²⁾ Änderungen (Information, Einverständnisse, etc.)

	li re		
Untersuchung + Medikament	zu unters. Seite	Datum	Unterschrift Patient(in)
		Datum	Unterschrift Betreuer(in)