

Aufklärungsbogen zur Mammographie und ggf. Sonographie

Familienname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Körpergröße: _____ Gewicht: _____ Tel.: _____

Voraufnahmen der Untersuchungsregion vorhanden? ☐ Ja: _____ ☐ Nein

Falls vorhanden, bitte in der Anmeldung abgeben.

- Infektionskrankheiten ☐ HIV ☐ Hepatitis ☐ Tuberkulose ☐ Sonstiges _____
- Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

☐ ☐

☐ ☐

Aktuelle Beschwerden: _____

Falls bereits eine Behandlung erfolgt ist, geben Sie bitte die behandelnde Einrichtung
an: _____

Das Extra für Ihre Untersuchung: Nutzen Sie das volle Potenzial Ihrer Mammographie durch Floy®.



Mithilfe der künstlichen Intelligenz von Floy® können wir Ihre Mammographie zusätzlich auswerten.

- Die KI erkennt gezielt individuelle Gesundheitsrisiken - etwa Hinweise auf Brustkrebs oder ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Floy® ermöglicht so die kombinierte Vorsorge: Brustgesundheit und kardiovaskuläres Risiko werden gleichzeitig beurteilt - risikofrei, ohne zusätzliche Strahlenbelastung und ohne zeitlichen Mehraufwand.

Floy® ist für 46,63 € als Selbstzahlerleistung optional erhältlich. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (Ziffer 5733/5377) per Rechnung und wird nicht von der gesetzlichen oder der privaten Krankenkasse übernommen.

- ☐ **Ja**, ich möchte die zusätzliche Auswertung auf eigene Kosten für 46,63 € in Anspruch nehmen und akzeptiere die Nutzungsbedingungen unter floy.com/patientinfo. Ich willige in die Übermittlung und Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Abrechnung dieser Leistung ein. Empfänger meiner Daten sind die Goya Finance AG (www.goyahealth.de) und deren am Abrechnungsprozess beteiligten Geschäftspartner. Hierzu entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht. Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung die Übermittlung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten hinsichtlich der Auswertung durch Floy® umfasst. Meine Einwilligung umfasst ausdrücklich auch diese besonders sensiblen Daten. Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Verarbeitung meiner Daten, die bis zum Widerruf stattgefunden hat, bleibt rechtmäßig. Detaillierte Informationen finden Sie in der beigefügten vollständigen Einwilligungserklärung.
- ☐ **Nein**, ich möchte die zusätzliche Auswertung nicht in Anspruch nehmen.

Einwilligungserklärung: Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden sowie den Fragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt. Ich bin über die geplante Untersuchung, mögliche Risiken und Komplikationen umfassend informiert und aufgeklärt. Ich habe mir meine Einwilligung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige in die Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

Datenverarbeitung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Vorbefunde und -aufnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen angefordert werden dürfen. Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnden Ärzte oder konsiliarische Ärzte einen Befund erhalten. Bilder und Befunde dürfen an mich oder mitbehandelnde Ärzte per Brief, Fax, hybrider Zustellung per epost, Zuweiserportal oder gesicherter Email weitergeleitet werden. Gemäß DSGVO bin ich mit der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner Daten im Rahmen der Bildauswertung, Befunderstellung und Befundverteilung einverstanden. Aus Gründen des Umweltschutzes benötige ich keine Kopie des Aufklärungsbogens.

Ort, Datum	Patientin/Patient (Sorgeberechtigter/Betreuer)	Ärztin/Arzt

Nur im Fall der Ablehnung:

Patientin/Patient (Sorgeberechtigter/Betreuer)