

Dr. med. C. Wolf / V. Pizon / A. Stele / G. Mike
Dr. med. J. Greese / A. Brännich
Fachärzte für Radiologie

Eisenbahnstraße 13

16225 Eberswalde

Tel.: (03334) 2130 0

Fax: (03334) 2130 20

eberswalde@meinradiologe.de

Aufklärungsbogen zur Röntgenuntersuchung

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

Voruntersuchungen der Untersuchungsregion vorhanden? ☐ Ja: _____ ☐ Nein
Falls vorhanden, bitte in der Anmeldung abgeben.

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

Aktuelle Beschwerden: _____

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.

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, Zuweisportal 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)