



Termin: _____ Ankunft: _____

Telefon-/Handynummer:

.....

E-Mail:

Angaben, falls mit den o.g. nicht identisch

.....

Bei Familienversicherung: (Name, Geb., Anschrift)

.....

(nicht vom Patienten auszufüllen)

..... /

CD Papier

Injektion

Orales KM



Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie alte Bilder oder Befunde des betr. Körperteils dabei?

nein ☐ja ☐

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

nein ☐ja ☐

Haben Sie einen behandelnden Onkologen (Spezialist für Krebserkrankungen)?

nein ☐ja ☐

Wenn ja, welcher?:

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.

nein ☐ja ☐**Einwilligungserklärung zur DSGVO/ KI/ Easy Radiology**

Über die Verarbeitung meiner Daten gem. Art. 13 DSGVO wurde ich informiert und bin mit der Verarbeitung einverstanden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Der Einsatz von KI-Systemen basiert auf folgenden Rechtsgrundlagen: 6 Abs. 1 lit. b) der (DSGVO) in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO (Durchführung eines Behandlungsvertrages nach § 630a des BGB). Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass bei mir erhobene Befunde an meine behandelnden Ärzte übermittelt und auch Befunde anderen Leistungserbringern eingeholt werden dürfen.

Vollmacht zur Abholung von Patientenunterlagen

Bevollmächtigt zur Abholung von Dokumenten aus der Praxis sind folgende Personen:

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum)

Hannover, den Unterschrift Patient/in /Betreuer/in

Bei fehlender Überweisung/Versicherungskarte

Ich bin Mitglied bei der _____ Krankenkasse und verpflichte mich, den erforderlichen Überweisungsschein/Versicherungskarte innerhalb von 3 Tagen nachzuliefern. Ich wurde informiert, dass anderenfalls für die Behandlung eine private Verrechnung erfolgt. Die Befundübermittlung erfolgt erst nach Eingang der ausstehenden Unterlagen.

Hannover, den Unterschrift Patient/in / Betreuer/in

Einverständniserklärung zur Computertomographie (CT)/Röntgen

Aus diagnostischen Gründen ist bei Ihnen eine Computertomographie bzw. Röntgen erforderlich. Die Computertomographie bzw. das Röntgen verwendet Röntgenstrahlen, um ggf. Schichtaufnahmen des Körpers zu erstellen. In Abhängigkeit von der klinischen Fragestellung wird Ihnen ein jodhaltiges Kontrastmittel in die Armvene gespritzt. Während der Injektion kommt es zu einem kurzzeitigen Wärmegefühl, was jedoch harmlos ist. Das Kontrastmittel kann einen Einfluss auf die Funktion der Schilddrüse und der Nieren haben, deshalb benötigen wir aktuelle Laborwerte (TSH-Wert, Kreatin-Wert).

Im Allgemeinen wird das Kontrastmittel gut vertragen. Selten kann es jedoch zu allergischen Reaktionen (Brechreiz, Hautausschlag, Juckreiz u. ä. Reaktionen) kommen. Falls sich diese Erscheinungen nicht von selbst zurückbilden, werden wir Ihnen ein Medikament gegen diese allergische Reaktion verabreichen. Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe, Organverlust oder des Kreislaufes sind selten. Schwere lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten. Auch lokale Komplikationen durch die Punktion von Gefäßen oder Gelenken (Paravasat, Infektion, Blutung, Nervenschädigung) sind sehr selten.

Zur Risikoabwägung bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kontrastmitteluntersuchung durchgeführt?
(CT, Röntgenuntersuchung der Nieren, Herzkatheter, DSA) nein ☐ ja ☐
2. Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelunverträglichkeit oder Jodallergie bekannt? nein ☐ ja ☐
3. Ist bei Ihnen eine Funktionsstörung der Schilddrüse bekannt? nein ☐ ja ☐
Wenn, ja Welche? _____
4. Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt? nein ☐ ja ☐
5. Haben Sie Diabetes und nehmen Sie Metformin- haltige Medikamente
dagegen ein? nein ☐ ja ☐
6. Wenn ja, haben Sie diese 3 Tage vorher abgesetzt? nein ☐ ja ☐
7. Ist bei Ihnen ein allergisches Asthma bekannt? nein ☐ ja ☐
8. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen
(z.B. Marcumar, ASS)? nein ☐ ja ☐
9. Haben Sie eine Infektionskrankheit z.B. Hepatitis, Aids, HIV, TBC, MRSA? nein ☐ ja ☐
Wenn, ja Welche? _____
10. Ist bei Ihnen eine Histaminintoleranz bekannt? nein ☐ ja ☐
11. Sind Sie mit einer ggf. notwendigen Kontrastmittelgabe durch MTRA/MFA/Arzt
einverstanden? (Entzündungen, Tumore können sonst ggf.
nicht erkannt werden) nein ☐ ja ☐

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Möglichkeit besteht, mich bei weitergehenden Fragen zu der Untersuchung an unser ärztliches Personal der Praxis zu wenden.

Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Hannover, den Unterschrift Patient/in, ggf. Betreuer/in