



Termin: _____ Ankunft: _____

Telefon-/Handynummer:

E-Mail.....

Bei welcher Privatkasse sind Sie versichert?

.....

Angaben, falls mit den o.g. nicht identisch

.....

Bei Familienversicherung: (Name, Geb., Anschrift)

.....

(nicht vom Patienten auszufüllen)

..... /

CD Papier.....

Gespräch nein ☐ ja ☐

Injektion

Orales KM

☐ ♂☐ ♀☐ ♂

Größe: _____ Gewicht: _____

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 einen ausführlichen Befundbericht

nein ☐ja ☐

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.

nein ☐ja ☐

Behandlungsvertrag

Ich wünsche die Behandlung durch die Radiologie am Raschplatz als privatärztliche Behandlung für

- ☐ mich
- ☐ mein minderjähriges Kind _____, geb.: _____

Der Rechnungsbetrag ist von mir vollständig zu bezahlen, unabhängig von der Erstattung durch die Versicherung und / oder Beihilfe, da Einschränkungen in Versicherungsverträgen für die Arztpraxis nicht bekannt oder ersichtlich sind. Die Radiologie am Raschplatz hat mir versichert, dass die gesetzlich geregelten Bestimmungen zu den Verträgen KVB/Standardtarif/Basistarif von ihr eingehalten werden.

Bei Verträgen nach Tarif Postbeamten B werden die eingeschränkten Erstattungen in der Regel berücksichtigt. Bei besonders aufwendigen Behandlungen wurde ich durch die Radiologie am Raschplatz aufgeklärt, dass unter besonderen Umständen zusätzliche Kosten entstehen können.

Die Rechnungsstellung erfolgt nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ. Die Möglichkeit der Einsichtnahme der GOÄ bestand.

Hannover, denUnterschrift Patient/in, ggf. 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 (Breachreiz, 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

Einwilligungserklärung zur DSGVO/ KI/ Easy Radiology

Über die Verarbeitung meiner Daten gem. Art. 13 DSGVO wurde ich informiert und bin mit der Verarbeitung einverstanden. 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.

Einwilligungserklärung zur externen Rechnungserstellung

Wir bitten Sie, uns mittels Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Übermittlung aller zum Zwecke der Abrechnung notwendigen personenbezogenen Daten an unseren externen und vertraglich gebundenen Dienstleister zu erteilen. Von der Übermittlung erfasst sind insbesondere Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen, Behandlungsdatum und erbrachte Therapiemaßnahmen.

In beiden Fällen gilt: Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

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