



Termin: _____ Ankunft: _____

Telefon-/Handynummer:

E-Mail.....

Angaben, falls mit den o.g. nicht identisch

.....

Bei Familienversicherung: (Name, Geb., Anschrift)

..... 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 ☐**(nicht vom Patienten auszufüllen)**

..... /

CD Papier.....

Injektion

Orales KM

**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 Magnetresonanztomographie (MRT)

Aus diagnostischen Gründen ist bei Ihnen eine Kernspintomographie erforderlich. In den meisten Fällen ist für die Untersuchung keine besondere Vorbereitung notwendig:

- **Metallische Gegenstände können sich negativ auf die Untersuchungsqualität auswirken oder ggf. auch kaputt gehen.** Deshalb dürfen folgende Dinge nicht mit in den Untersuchungsraum genommen werden: Münzen, sämtlicher Schmuck, Armbanduhren, Brillen, Schlüssel, Hörgeräte, Scheckkarten. Sie können alle diese Dinge in der Kabine lassen.
- Falls Sie einen Herzschrittmacher, Eventrecorder, Stents, Aneurysmaclips oder metallische Herzklappen bzw. Fremdkörper haben, informieren Sie bitte die Mitarbeiter am Empfang.
- In Abhängigkeit von der klinischen Fragestellung wird Ihnen ein Gadolinium haltiges Kontrastmittel in die Armvene gespritzt. 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.

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | Ist bei Ihnen bereits ein MRT mit Kontrastmittel durchgeführt worden? | nein ☐ ja ☐ |
| 2. | Ist bei Ihnen eine Unverträglichkeit des Gadolinium haltigen Kontrastmittels bekannt? | nein ☐ ja ☐ |
| 3. | Haben Sie einen Herzschrittmacher oder biol./metallische Herzklappen? | nein ☐ ja ☐ |
| 4. | Haben Sie Aneurysmaclips oder Stents? | nein ☐ ja ☐ |
| | Wenn ja, seit welchem Jahr _____ | |
| 5. | Ist bei Ihnen ein allergisches Asthma bekannt? | nein ☐ ja ☐ |
| 6. | Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt? | nein ☐ ja ☐ |
| 7. | Haben Sie eine Infektionskrankheit z.B. Hepatitis, Aids, HIV, TBC, MRSA? | nein ☐ ja ☐ |
| | Wenn, ja Welche? _____ | |
| 8. | Ist bei Ihnen eine Histaminintoleranz bekannt? | nein ☐ ja ☐ |
| 9. | 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