

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)

.....

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

(nicht vom Patienten auszufüllen)

..... /

CD Papier.....

Gespräch nein ja

Injektion

Orales KM

♂ ♀ ♀ **G**

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

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 (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. | Ist bei Ihnen bereits ein MRT mit Kontrastmittel durchgeführt worden? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 2. | Ist bei Ihnen eine Unverträglichkeit des Gadolinium haltigen Kontrastmittels bekannt? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 3. | Haben Sie einen Herzschrittmacher oder biol./metallische Herzklappen? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 4. | Haben Sie Aneurysmaclips oder Stents?
Wenn ja, seit welchem Jahr _____ | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 5. | Ist bei Ihnen ein allergisches Asthma bekannt? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 6. | Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 7. | Haben Sie eine Infektionskrankheit z.B. Hepatitis, Aids, HIV, TBC, MRSA?
Wenn, ja Welche? _____ | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 8. | Ist bei Ihnen eine Histaminintoleranz bekannt? | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |
| 9. | Sind Sie mit einer ggf. notwendigen Kontrastmittelgabe durch MTRA/MFA/Arzt einverstanden? (Entzündungen, Tumore können sonst ggf. nicht erkannt werden) | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |

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 Befundübermittlung

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 o.a. Einwilligungen jederzeit widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Über die Verarbeitung meiner Daten gem. Art. 13 DSGVO wurde ich informiert und bin mit der Verarbeitung einverstanden.

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, ggf. Betreuer/in