

## Sonographie

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr Hausarzt hat Sie zu einer speziellen Sonographie-Untersuchung überwiesen. Um uns ein genaues Bild machen zu können, benötigen wir von Ihnen nachstehende Angaben:

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Tel.Nr.: .....

- bitte nicht beschriften -

Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**?

Ja  ungewiss  Nein

Nehmen Sie **Medikamente** ein?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

Besteht/bestand eine **Krebserkrankung** bei Ihnen?

Ja, .....  Nein

Besteht aktuell eine **Infektionskrankheit**? (z. Bsp. Hepatitis, HIV, MRSA, Tuberkulose)

Ja, .....  Nein

Geben Sie bitte Ihre **Hauptbeschwerden** an:

.....  
.....  
.....

Hatten Sie schon einmal eine **Operation**?

Ja  Nein

Wenn ja: Wann, wo und welche?.....

.....  
.....

Bitte wenden→

## Datenschutzerklärung

Dürfen wir dem **überweisenden Arzt** einen Bericht schicken?  Ja  Nein

Sollen außer dem überweisenden Arzt **weitere Ärzte** über das Ergebnis informiert werden?

Ja, (Name):.....  Nein

Dürfen wir bei Anfrage von **anderen Ärzten oder Kliniken** (sehr hilfreich bei stationärem Aufenthalt) Auskunft erteilen?  Ja  Nein

Wem dürfen wir ggfs. noch **Auskunft** erteilen (z.B. Ehepartner, Eltern etc., bitte Namen angeben)?

.....

Dürfen wir die Befunde **per Fax/E-Arztbrief** an Ärzte und Kliniken weiterleiten?  Ja  Nein  
(Befund per Post dauert 3-7 Tage)

Bitte geben Sie uns Ihr **Einverständnis**, dass

- alle Ärzte in der Praxis, auch vertretungsweise, Einsicht in Ihre Unterlagen nehmen dürfen  Ja  Nein
- wir Einsicht in alte Untersuchungsunterlagen von Ihnen nehmen dürfen  Ja  Nein
- wir weitere Vorbefunde behandelnder Ärzte und Kliniken anfordern dürfen  Ja  Nein

Eine **Patienteninformation** zur Datenverarbeitung liegt im Wartezimmer aus. Sollten noch Fragen bestehen, werden wir diese gerne beantworten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Aufklärungsbogen gelesen haben, alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet haben und in die Untersuchung einwilligen.

Bad Säckingen, den .....

Unterschrift .....

Patient / bzw. gesetzl. Vertreter

Das Einverständnis gilt auf unbestimmte Zeit und kann jederzeit widerrufen werden. (Befunde sind jedoch in der Regel binnen 24h versandt)

**Bitte behalten Sie den Fragebogen bei sich, bis Sie aufgerufen werden.**

---

### Nur vom Arzt auszufüllen:

Gewicht:	Puls:	/Min.	Blutdruck:	/
----------	-------	-------	------------	---