

Aufklärungsbogen zur Röntgenuntersuchung

Bitte ausfüllen:

┌

Bitte nicht beschriften

└

Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.Nr.:
Mobil:
E-Mail:
Gewicht:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Röntgenuntersuchung überwiesen.

Hierzu wird eine sehr geringe Menge Röntgenstrahlung benötigt. Diese durchdringt den Körper und wird von verschiedenen Gewebearten unterschiedlich abgeschwächt. Die auf dem digitalen Detektor ankommende Strahlung wird gemessen und ein Bild erstellt. Die benötigte Strahlung beträgt meist nur einen Bruchteil der natürlichen Strahlenexposition pro Jahr.

Vor der Röntgenuntersuchung sollten Sie bitte alle Fremdkörper im Untersuchungsabschnitt ablegen, hierzu zählen neben Kleidung auch Schmuck, Haarbänder und Haarklammern, Zahnersatz oder Uhren.

Die Untersuchung dauert einige Minuten, die Aufnahme selbst nur wenige Sekunden, es ist aber sehr wichtig sich währenddessen nicht zu bewegen.

Bitte beachten Sie hierzu unbedingt die Anweisungen unseres Personals.

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

Zur korrekten Durchführung der Untersuchung füllen Sie bitte den Bogen aus:

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

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

Dürfen wir dem **überweisenden Arzt** einen Bericht schicken (per Fax/E-Arztbrief oder Post)? Ja Nein

Sollen außer dem überweisenden Arzt **weitere Ärzte** über das Ergebnis informiert werden?
 Ja, (Name): Nein

Dürfen wir bei Anfrage Ihrer weiterbehandelnden **Ärzte oder Kliniken** Auskunft erteilen? Ja Nein

Wem dürfen wir noch Auskunft erteilen (z.B. Ehepartner, Eltern... Bitte namentlich benennen)?
.....

- Wurde die jetzt zu untersuchende Region in den letzten 12 Monaten mittels Röntgen, Computertomographie oder Kernspintomographie untersucht? Ja Nein
Wenn ja: Was? Wann? Wo?
- Hatten Sie schon einmal eine **Operation** in der jetzt zu untersuchenden Körperregion? Ja Nein
Wenn ja: Wann? Wo? Welche?
- Ist eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, HIV, MRSA, Tuberkulose) bekannt? Ja Nein
- Haben/hatten Sie eine **Krebserkrankung**? Ja, Nein
- **Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?** Ja Nein

Einwilligung in die Untersuchung:

Über die geplante Untersuchung, die speziellen Risiken und Komplikationen wurde ich ausreichend informiert. Meine Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet. Nach ausreichender Bedenkzeit willige ich in die geplante Untersuchung ein.

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

Bad Säckingen,
Datum / Uhrzeit

Unterschrift
Patientin / Patient / gesetzliche Vertreter

Unterschrift.....
Arzt / Ärztin

Hiermit lehne ich die Untersuchung ab

Wenn Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens wünschen (Nicht der Befundbericht!) geben Sie uns bitte Bescheid.

Interne Vermerke

Anamnese