


Geltungsbereich:	Formular	RADIOLOGIE TEAM  Radiologie und Nuklearmedizin ORTENAU
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung Röntgen	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll heute eine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden. Dabei wird eine sehr geringe Menge Röntgenstrahlung appliziert. Die modernen Geräte erlauben es, mit einer minimalen Strahlendosis hochwertige Bilddaten zu erzeugen. Der Vorgang selbst ist schmerzlos, die Aufnahmedauer beträgt wenige Sekunden.

Für eine sichere Durchführung und zur optimalen Beurteilung der Untersuchung möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu beantworten:

Haben Sie schon einmal eine Röntgenuntersuchung (CT, Röntgen, Mammographie, Zahnaufnahme OPG) erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, wann: _____

Was wurde untersucht: _____

Haben Sie einen Röntgenpass?

Ja Nein

Für Frauen:


Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein

Zeitpunkt der letzten Regelblutung: _____

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen: _____

RTO RAD ROE Patientenaufklärung Röntgen.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.07.21
		1/2

Geltungsbereich:	Formular	
Radiologie Team Ortenau Lahr, Offenburg	Patientenaufklärung Röntgen	

Einwilligung in die Untersuchung:

Ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden. Die Bedenkzeit war ausreichend. Meine Fragen diesbezüglich wurden geklärt und ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Die untenstehenden Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/Patientin bzw. gesetzl. Vertreter: _____

Unterschrift Arzt: _____

Kopie der Aufklärungsunterlagen/Fragebogen:

Dem Patienten steht es zu, Abschriften von Unterlagen zu erhalten, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung und Einwilligung unterzeichnet hat. Dies betrifft zunächst nur die Aufklärungsunterlagen, es geht nicht um eine Kopie des Befundberichtes.

- Ich wünsche eine Kopie *dieses Fragebogens* (nicht der Befundbericht!)
- Ich wünsche keine Kopie *dieses Fragebogens*

Datenschutzhinweis

Bei Ihrer Untersuchung werden im Rahmen der Untersuchung vertrauliche Daten erhoben und gespeichert. Wir halten uns streng an die gesetzlichen Regelungen, insbesondere an das Bundesdatenschutzgesetz und die Datenschutzgrundverordnung. Grundsätzlich übermitteln wir nur dann Daten an Dritte, wenn ein Gesetz dieses erlaubt oder vorschreibt, oder wenn Sie mit dieser Übermittlung einverstanden sind. Ihr behandelnder Arzt hat Sie in unsere Praxis überwiesen, um eine bestimmte Untersuchung durchführen zu lassen. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir daher davon aus, dass Sie zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse, Bilddaten und den Arztbrief ihrem behandelnden Arzt (postalisch, per Fax, digital) übermitteln. Falls für Ihre Weiterbehandlung medizinisch notwendig, werden wir die Daten ggf. auch an weiterbehandelnde andere Ärzte und/oder Krankenhäuser übermitteln oder Daten und Befunde von entsprechenden Voruntersuchungen zum Vergleich anfordern. Sollte Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies explizit auf diesem Bogen zu vermerken. Der Übermittlung können Sie jederzeit, auch später, widersprechen.

Ablehnung der Untersuchung:

Die Untersuchung wurde nach ausführlicher Aufklärung **abgelehnt**. Über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile wurde ausführlich informiert.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Unterschrift Arzt

RTO RAD ROE Patientenaufklärung Röntgen.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 24.08.21
Versionsnummer: 1.2 geplante Revision am: 01.01.2024		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.07.21
		2/2