


Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.028	 RADIOLOGIE TEAM Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
<ul style="list-style-type: none"> ■ Lahr KS ■ OG LS ■ OG EB ■ WK BDH 	Patientenaufklärung Röntgen	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte*r Patient*in,

bei Ihnen soll heute eine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden. Dabei wird eine sehr geringe Menge Röntgenstrahlung appliziert. Unsere modernen Geräte erlauben es, mit einer minimalen Strahlendosis hochwertige Bilddaten zu erzeugen. Der Vorgang selbst ist schmerzlos, die Aufnahmedauer beträgt wenige Sekunden. In der Regel beträgt die applizierte Strahlendosis nur einen kleinen Bruchteil der durchschnittlichen natürlichen Strahlenexposition pro Jahr. Für eine optimale Bildqualität beachten Sie bitte die Anweisungen unseres Personals. Für eine sichere Durchführung und zur bestmöglichen Beurteilung der Untersuchung möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu beantworten:

Bitte nennen Sie uns Größe und Gewicht:

Größe: _____ Gewicht: _____

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

Ja Nein Weiß nicht

Wenn ja, wann: _____

Was wurde untersucht: _____

Haben Sie einen Röntgenpass?

Ja Nein


Für Frauen:

Könnten Sie schwanger sein?

Ja Nein Unsicher

Telefonnummer für eventuelle Rückfragen: _____

2.1.2.028 Patientenaufklärung Röntgen.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung 06.11.2023
Versionsnummer: 2.1 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.07.21 1/3

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.028	RADIOLOGIE TEAM  Offenburg ■ Lahr ■ Waldkirch
■ Lahr KS ■ OG LS ■ OG EB ■ WK BDH	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*

2.1.2.028 Patientenaufklärung Röntgen.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung 06.11.2023
Versionsnummer: 2.1 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.07.21 2/3

Geltungsbereich:	Dok-Nr.: 2.1.2.028	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Lahr KS ■ OG LS ■ OG EB ■ WK BDH 	Patientenaufklärung Röntgen	

Datenschutzinformation

Sehr geehrte*r Patient*in

im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis ist es zwingend erforderlich, personenbezogene Daten von Ihnen zu erheben und zu verarbeiten. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns dabei sehr wichtig. Gemäß Artikel 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie daher über die Verarbeitung Ihrer Daten informieren und um Ihre Einwilligung bitten.

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

Das Radiologie Team
Klosterstraße 17/1
77933 Lahr/Schwarzwald
Tel: 0781 92560
datenschutz@das-radiologie-team.de

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt zum Zweck der Durchführung radiologischer Untersuchungen sowie zur Erstellung von Befunden und Berichten. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, da die Verarbeitung zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Behandlungsvertrags erforderlich ist.

Grundsätzlich werden Ihre Daten nur an Dritte übermittelt, wenn ein Gesetz dies erlaubt bzw. vorschreibt, oder Sie mit dieser Übermittlung einverstanden sind. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir davon aus, dass Sie zur Sicherung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse, Bilddaten und den Arztbrief ihrem behandelnden Arzt (per Post, Fax oder digital) übermitteln. Wenn es für Ihre Behandlung notwendig ist, können wir Ihre Daten an andere Ärzte oder Krankenhäuser weitergeben oder Voruntersuchungen anfordern, um sie zu vergleichen. Sollten Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie, dies explizit uns gegenüber zur Kenntnis zu bringen (schriftlich oder mündlich). Ihre Einwilligung können Sie jederzeit, auch später, widerrufen.

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz haben, kontaktieren Sie bitte unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@das-radiologie-team.de

Mit freundlichen Grüßen
Das Radiologie Team

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

2.1.2.028 Patientenaufklärung Röntgen.doc		Genehmigt: Dr. T. Spehl, 15.11.23 Letzte Aktualisierung 06.11.2023
Versionsnummer: 2.1 geplante Revision am: 01.01.2027		Erstellt: Dr. T. Spehl, 13.07.21