



SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,
UM EINE REIBUNGSLOSE UNTERSUCHUNG GEWÄHRLEISTEN ZU KÖNNEN, BENÖTIGEN WIR IHRE MITHILFE.
BITTE BEANTWORTEN SIE UNS FOLGENDE FRAGEN. VIELEN DANK

Name, Vorname

Geb. Datum

Krankenkasse

PLZ, Wohnort

Straße, Nr.

Telefon-/ Mobilnummer

ANGABEN ZU BESTEHENDEN RISIKEN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel Reaktionen
auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen) Ja Nein

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja Nein

Befinden sich Implantate, eine Medikamentenpumpe oder andere Fremdkörper aus Metall in Ihrem Körper? Ja Nein

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie derzeit? Ja Nein

Tragen Sie eine Spirale (Kupfer – oder Hormon)? Ja Nein

Körpergröße

Körpergewicht

ANGABEN MÖGLICHER ERKRANKUNGEN

Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche SD - Medikamente nehmen Sie ein? _____

Ist eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine übertragbare Infektionskrankheit?
(z.B. Hepatitis, HIV, TBC) Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Lebererkrankung bekannt? Ja Nein

Leiden Sie unter der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Ja Nein

Wenn ja, welche Diabetes - Medikamente nehmen Sie ein? _____

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG

Artikel 9 DSGVO

Ich bin mit der **Erhebung, Speicherung und Verarbeitung** meiner personenbezogenen Daten einverstanden. Ein Informationsblatt erhalte ich auf Wunsch an der Anmeldung. Ja Nein

BILD- UND BEFUNDWEITERGABE UND – ANFORDERUNG GEM. §73 ABS. 1B SGB V:

Weitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass das Radiologie Zentrum Neu-Ulm | Günzburg **meine Bild- und Befunddaten** meinen behandelnden Ärzten zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Ja Nein

Anforderung

Ich bin damit einverstanden, dass das Radiologie Zentrum Neu-Ulm | Günzburg meine **Befund-, Bilddaten- und Laboranforderungen** von meinen behandelnden Ärzten anfordern darf. Ja Nein

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Auf Wunsch kann ich eine Kopie zum Mitnehmen der Aufklärungs- und Einwilligungsbögen an der Anmeldung erhalten.

Datum

Unterschrift Patient/in, ggf. Betreuer,
Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

MFA/MTRA/Arzt