



## Röntgendiagnostik/Datenübermittlung

**Sehr geehrte/r Patient/ in, aus Gründen des Strahlenschutzes sind wir gesetzlich verpflichtet, Sie vor der Untersuchung mit Röntgenstrahlen über folgendes zu befragen:**

Ist bei Ihnen schon einmal eine Röntgenaufnahme oder eine Computertomographie angefertigt worden?

 ja nein

Bemerkungen:

Besteht eine Schwangerschaft?

 ja nein

Bemerkungen:

Hinweis: Wenn Sie eine Schwangerschaft nicht sicher ausschließen können, sollten Sie vor der Röntgenuntersuchung einen Schwangerschaftstest durchführen lassen!

Möchten Sie während der Röntgenuntersuchung eine Bleischürzetragen?

 ja nein

Bemerkungen:

Während der Röntgenaufnahme müssen alle metallischen Gegenstände abgenommen bzw. herausgenommen werden, z. B. Prothesen, Schmuck, Piercings, Haargummis, Spangen, Hörgeräte, ...  
Haben sie alles erforderliche abgelegt bzw. herausgenommen?

 ja nein

Bemerkungen:

Ich bin damit einverstanden, dass meine angefertigten Röntgenbilder an andere Arztpraxen zur Weiterbehandlung bzw. zur Behandlungsübernahme weitergeleitet werden dürfen.  
Die Datenübermittlung erfolgt verschlüsselt oder per Post.

 ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass andere Arztpraxen von mir angefertigte Röntgenbilder an die Praxis Dr. Hiebsch zur Weiterbehandlung weiterleiten dürfen.  
Die Datenübermittlung erfolgt verschlüsselt oder per Post.

 ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass qualifiziertes Fachpersonal mir das Ergebnis meines histo-pathologischen Befundes telefonisch mitteilen darf.

 ja nein

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Kopien der Aufnahmen kann ich bei Interesse oder Bedarf erhalten.

Name

**Ort, Datum**

**Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter**