

Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit und für eine möglichst hohe Untersuchungsqualität.

Bitte mitgebrachte Befunde, CD-ROMs und Röntgenbilder an der Anmeldung abgeben!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

### 1. Allgemeine Fragen

Leiden Sie unter **Diabetes** (Zuckerkrankheit)? ja  nein

Welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer **Einschränkung der Nierenfunktion** und/oder betreiben Sie **Dialyse**? ja  nein

Besteht eine **Funktionsstörung der Schilddrüse**? ja  nein

Welches Medikament nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

Sind **Allergien** bekannt? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist schon einmal eine Computertomographie durchgeführt worden? ja  nein

Wann, wo und von welcher Körperregion? \_\_\_\_\_

Traten nach früheren **Röntgenkontrastmitteluntersuchungen** irgendwelche **Probleme** auf? ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist schon einmal im **Untersuchungsgebiet operiert** worden? ja  nein

Wenn ja, welche Operation? \_\_\_\_\_

**Für Frauen:** Könnten Sie **schwanger** sein? ja  nein

### 2. Einverständnis Bild- und Befundweitergabe und -anforderungen gem. §73 Abs.1b SGB V:

#### Weitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befund- und Bilddaten an die mich **überweisenden** Ärzte weitergeleitet werden dürfen. ja  nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befund- und Bilddaten an die mich **weiterbehandelnden** Ärzte weitergeleitet werden dürfen. ja  nein

Zusätzlich werden im Rahmen der stichprobenartigen Qualitätsprüfungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung ggf. Ihre Bilder, Befunddaten und ggf. Behandlungsunterlagen angefordert. Dafür ist von Ihnen keine separate Einverständniserklärung einzuholen.

#### Anforderungen

Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologiepraxis DiaCura im Rahmen der medizinischen Diagnostik, Informationen und Bilddaten bei den mich behandelnden Ärzten einholen darf. ja  nein

**Ich kann dieses Einverständnis jederzeit schriftlich oder telefonisch unter 09561/231000 widerrufen.**

Weitergehende Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 EU-DSGVO finden Sie auf unserer Homepage unter [www.diacura.de](http://www.diacura.de)

#### Nur für Arbeits-/Schul-/Wegeunfälle (über Berufsgenossenschaft):

Die DiaCura Radiologie ist gegenüber Unfallversicherungsträgern ankunftsspflichtig (gemäß §100 [SGB X], §201 [SGB VII] in Verbindung mit §46 des Vertrages Ärzte / Unfallversicherungsträger). Unfallversicherungsträger dürfen Daten bei der DiaCura anfordern (gemäß §§199,201 SGB VII, §67a SGB X). Aufgrund der gesetzlichen Regelungen können Sie von Ihrer Berufsgenossenschaft verlangen, über die übermittelten Daten unterrichtet zu werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r bei minderjährigen Patienten bzw. diensthabende/r Ärztin/Arzt bei stationären Patienten (vollständige Angaben laut Patientenkurve)

## Einverständnis Untersuchung und Medikamentengabe

(Folgendes füllen wir gemeinsam mit Ihnen aus)

### 3. Aufklärung

Geplante Untersuchung: Computertomographie

Geplante intravenöse Kontrastmittelgabe, ggf. antiallergisches Medikament

Mir ist bekannt, dass ich bei Gabe *eines antiallergischen Mittels* innerhalb der nächsten 12 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf.

ja  nein

Ich habe das Informationsblatt zur geplanten Untersuchung gelesen und verstanden.

Ich bin über mögliche Gegenanzeigen und Nebenwirkungen der Untersuchung wie auch der KM-Gabe (falls vorgesehen) informiert und verzichte auf eine zusätzliche mündliche Aufklärung durch den Arzt/die Ärztin.

ja  nein

### 4. Einwilligung

Ich stimme der Durchführung der geplanten Untersuchung zu.

ja  nein

Mit der geplanten Kontrastmittel-/ Medikamentengabe bin ich einverstanden.

ja  nein

Bei Minderjährigen: Als Erziehungsberechtigter stimme ich der Medikamentengabe und Untersuchung meines Kindes zu.

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r bei minderjährigen Patienten

Ich wünsche einen Ausdruck dieses Erhebungsbogens.

ja  nein

Unterschrift Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

MTRA

Arzt/Ärztin