

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

Tragen Sie eine/n  Herzschrittmacher  Defibrillator  Eventrecorder  künstliche Herzklappe  
 Shunt  Hörgerät  Metallteile  magn. Implantate  Clips  Innenohrimplantat  
 Neurostimulator  Stents  Metallsplitter  mit Magnet befestigter Zahnersatz  Diabetessensor  
 Insulinpumpe  sonstiges

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie  Piercings und/oder  Tätowierungen? nein

Leiden Sie an **Klaustrophobie** (Beklemmungen in engen Räumen)? ja  nein

Wurden Sie schon einmal in der zu untersuchenden Körperregion **operiert**? ja  nein

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? ja  nein

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

Gab es bei früheren MR-Untersuchungen **Probleme bei der Kontrastmittelgabe**? ja  nein

Leiden Sie an einer dialysepflichtigen **Niereninsuffizienz**? ja  nein

Ist/war bei Ihnen eine **Tumorerkrankung** bekannt? ja  nein

Haben/hatten Sie eine Infektionskrankheit / chron. Erkrankung z. B. HIV, Hepatitis Tuberkulose oder Rheuma? ja  nein

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

**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)

### WICHTIG:

Vor Beginn der Untersuchung ist es erforderlich, alle losen metallischen Gegenstände abzulegen. Dazu zählen auch Haarspangen, herausnehmbare Zahnprothesen, Schmuck, Brillen, Schlüssel, Uhren, Hörgeräte, Mobiltelefone sowie Park-, Scheck- oder Kreditkarten.

### 3. Aufklärung

Geplante Untersuchung: Kernspintomographie

Geplante oder evtl. notwendige Kontrastmittel-/ Medikamentengabe

Gabe eines Kontrastmittels (KM), und eines antiallergischen Mittels, falls KM-Reaktionen auftreten

Gabe eines Beruhigungsmittels gegen meine Platzangst (Midazolam)

Mir ist bekannt, dass ich bei Gabe von *Midazolam* oder eines *antiallergischen Mittels* innerhalb der nächsten 24 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf.

ja  nein

Gabe eines Darment Spannungsmittels (Buscopan) bei bestimmten Bauchuntersuchungen.

Ich habe das Informationsblatt zur geplanten Untersuchung gelesen und verstanden.

Ich bin über mögliche Gegenanzeigen und Nebenwirkungen der Untersuchung wie auch der geplanten Medikamentengabe 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

**Falls eine Kontrastmittel-/Medikamentengabe nötig ist, 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

**Patient nicht aufklärungsfähig/Untersuchung medizinisch notwendig.**

ja  nein

Datum

diensthabende/r Ärztin/Arzt bei stationären Patienten

**Ich wünsche einen Ausdruck dieses Erhebungsbogens.**

ja  nein

Unterschrift Mitarbeiter/in:

AH

MTRA

Arzt