

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Pat.-Nr.: _____ Alter: _____ Jahre

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

Bitte geben Sie mitgebrachte Voraufnahmen und Vorbefunde gleich bei der Anmeldung ab!

Wurde der zu untersuchende Körperabschnitt früher bereits geröntgt? Ja Nein

Wenn ja bitte letzte Untersuchung eintragen. Wann: _____ Wo: _____

Wurde von dem zu untersuchenden Körperabschnitt bereits eine CT (Computertomographie) gemacht?

Ja Nein

Wenn ja bitte letzte Untersuchung eintragen. Wann: _____ Wo: _____

Ist der zu untersuchende Bereich schon operiert worden? Ja Nein

Wann? _____ Was wurde operiert? _____

Beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden?

Nur für Frauen! Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Ich möchte Erinnerungen zu meinem Termin erhalten Ja Nein

Einwilligung in die Datenweitergabe:

Im Falle einer notwendigen Weiterbehandlung bzw. Kontrolluntersuchung, bin ich mit der Weitergabe der Befunde und Aufnahmen an die weiterbehandelnde Klinik bzw. Praxis einverstanden. Mir ist bekannt, dass dieses Einverständnis nur für die aktuelle Untersuchung gültig ist und dass ich dies jederzeit für zukünftige Weitergaben widerrufen kann.

Ja, ich bin einverstanden Nein, Ich bin nicht einverstanden

Einwilligung in die elektronische Datenübermittlung:

Um Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin die Untersuchungsergebnisse schnellstmöglich zukommen zulassen, werden diese elektronisch übermittelt. Die Übermittlungsverfahren entsprechen dabei den Anforderungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Für die Übermittlung der Daten benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Ja, ich bin mit der Datenweitergabe und elektronischen Übermittlung meiner Bild- und Befunddaten an die mich behandelnden Ärzte einverstanden.
 Nein, ich stimme nicht zu, dass meine Bild- und Befunddaten an die mich behandelnden Ärzte elektronisch weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mündlich im Radiologischen Zentrum Rosenheim oder schriftlich an info@rad-ro.de widerrufen kann.

X _____
Ort/Datum

Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte, Betreuer

Dieser Teil wird von der Assistentin ausgefüllt.

Anmerkungen: _____

Namenskürzel MA: _____