



Patientenaufklärung zum Röntgen

Sie wurden in unsere Praxis zur Durchführung einer konventionellen Röntgenuntersuchung überwiesen. Beim Röntgen wird von einer Röntgenröhre eine kurze momentane Strahlung ausgesendet, die durch den Körper hindurchtritt und auf einem speziellen Detektor ein Bild der inneren Organe erzeugt.

Wie schädlich ist eine Röntgenaufnahme?

Eine Gewebeschädigung ist immer abhängig von der kumulativen (angehäuften) Dosis. Röntgenstrahlung sollte daher so weit wie möglich vermieden werden. Wir verwenden einen sehr modernen digitalen Detektor, mit dem die Dosis um den Faktor 2-3 niedriger liegt als bei herkömmlichen Detektoren (Film oder Speicherfolien). Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, tragen wir Ihnen gerne die aktuelle Untersuchung ein.

Untersuchungsablauf

Dazu wird die bei Ihnen zu untersuchende Körperregion zwischen der Röntgenröhre und dem Detektor positioniert. Während der Untersuchung dürfen Sie sich nicht bewegen. In vielen Fällen werden mehrere Aufnahmen aus unterschiedlichen Winkeln gemacht. Dies erleichtert die Diagnosefindung.

Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie vor der Untersuchung um die Beantwortung folgender Fragen:

A) Fragebogen

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns? <small>(Seit wann bestehen die Beschwerden?)</small> | 2. Körpergröße: _____ cm |
| _____ | 3. Gewicht: _____ kg |
| _____ | |
| _____ | |
4. Sind Sie aktuell schwanger? (für Frauen im gebärfähigen Alter) ☐ Ja ☐ Nein

Sollte bei Ihnen früher schon einmal eine Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchung dieser Körperregion angefertigt worden sein, bitten wir Sie, diese zum Vergleich bereitzustellen (z. B. auf CD oder per QR-Code).

B) Patienteneinwilligung zum Datenaustausch mit Leistungserbringern

Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen müssen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten.

Hiermit willige ich in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung im MVZ Radiologie-Netzwerk NRW zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung und lückenlosen Dokumentation im erforderlichen Umfang von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie anderen Leistungserbringern (Krankenhaus, Labor) zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung ein.

- Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB gegenüber mit- und weiterbehandelnden Ärzten zur Übermittlung meiner Daten per Fax.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Befunde mittels Patienten- und Zuweiserportale in der Cloud sowie eArztbrief an andere, mich behandelnde Ärzte/Institutionen verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.
- Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Telefonnummer, Mobilnummer und E-Mail-Adresse zwecks Terminerinnerung per SMS oder E-Mail ein.
- Ich bin darüber informiert worden, dass es zu einer unzureichenden Behandlung bei fehlender Einwilligung/Entbindung kommen kann.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem MVZ Radiologie-Netzwerk NRW jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

C) Unterschrift

- **Ich bestätige, dass ich die Informationen zur Röntgenuntersuchung und zum Datenschutz verstanden habe.**
- **Ich habe alle Fragen im Fragebogen wahrheitsgemäß beantwortet.**
- **Ich fühle mich ausreichend informiert und aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein.**
- **Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.**

Nachname			
Vorname		Geb.-Datum	
Telefon		Mobil-Nr.	
E-Mail			

Ort, Datum

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter