



Einwilligung zur Computertomographie mit Kontrastmittelgabe

Ablauf einer CT-Untersuchung: Sie liegen auf einer beweglichen Liege, die sich langsam in die etwa 70-cm große Öffnung des Geräts bewegt. Während der Aufnahmezeiten, die jeweils nur wenige Sekunden dauern, sollten Sie entspannt liegen. Sie stehen fortlaufend unter ärztlicher Beobachtung.

Risiko und Komplikationen

Bei einer Untersuchung ohne Kontrastmittel liegt außer der geringen Strahlenbelastung kein erkennbares Risiko vor. Sollte eine Kontrastmittelgabe erforderlich sein, wird dies im Allgemeinen vom Patienten gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es gelegentlich zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag oder ähnlichen leichten Reaktionen kommen, welche häufig von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen, die eine stationäre Behandlung erfordern sind sehr selten.

Um etwaige Risiken bei der Kontrastmittel-Anwendung möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Besteht eine **Allergie** (Heuschnupfen, Asthma), Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster, örtliche Betäubungsmittel? **Ja** **Nein**

Wenn ja, welche? _____

Ist Ihnen eine Einschränkung der **Nierenfunktion** bekannt? **Ja** **Nein**

Nehmen Sie Tabletten mit dem Wirkstoff **Metformin** (Diabetes) ein? **Ja** **Nein**

Haben Sie je Röntgenuntersuchungen **Kontrastmittel intravenös** erhalten? **Ja** **Nein**

Wenn Ja, traten dabei **allergische Reaktionen**,
wie z.B. Juckreiz, Übelkeit, Kreislaufreaktionen auf? **Ja** **Nein**

Ist Ihnen eine **Überfunktion der Schilddrüse** bekannt? **Ja** **Nein**

Nehmen Sie **Schilddrüsenmedikamente** ein? **Ja** **Nein**

Sind Sie **schwanger**? **Ja** **Nein**

Körpergewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Falls noch Unklarheiten bestehen, fragen Sie bitte den Arzt!

Bitte Personalien vollständig ausfüllen!!!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Bei BG –Unfall bitte Unfalltag angeben.

Mir ist bekannt, dass an der Einstichstelle der Injektion sich ein Hämatom oder Spritzenabszess o. ä. bilden kann.

Ich willige in die vorgesehene CT-Untersuchung mit Kontrastmittelgabe ein:

Datum, Unterschrift (ggf.gesetzlicher Vertreter)

Erklärung zum Datenschutz:

Ich erkläre mich einverstanden, dass im Radiologischen Zentrum Wiesloch/Radiologie am Bahnhof Sinsheim meine Patientendaten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Insbesondere bin ich mit der Übermittlung der Befunde an behandelnde Ärzte einverstanden. Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich gelesen (Rückseite) und konnte hierzu auch Rückfragen stellen. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Unterschrift (ggf.gesetzlicher Vertreter)



PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie hinsichtlich des Datenschutzes haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Radiologisches Zentrum Wiesloch/Radiologie am Bahnhof Sinsheim

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist **Voraussetzung** für Ihre Behandlung.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam Radiologisches Zentrum Wiesloch/Radiologie am Bahnhof Sinsheim