

Einwilligung zur Kernspintomographie/Magnetresonanztomographie (MRT)

Es handelt sich bei dieser Untersuchungsart um eine Bildgebung mittels eines großen, starken Magneten und nicht um eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen.

Ablauf der Untersuchung

Sie liegen auf einer Untersuchungsliege. Während die Daten zur Herstellung eines Bildes aufgenommen werden, hören Sie verschieden laute Klopfgeräusche. In dieser Zeit sollten Sie ganz ruhig und entspannt liegen. Sie spüren während der Untersuchung nichts. Ständig stehen Sie unter ärztlicher Beobachtung und sind in Sprechverbindung mit dem Untersuchungspersonal.

Wichtig:

- **Wenn Sie einen Herzschrittmacher tragen, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden.**
- **Feste Zahnsplangen oder Retainer können evtl. zu einer Zahnschmelzverfärbung führen.**
- **Hörgeräte müssen vor der Untersuchung herausgenommen werden (Gerätedefekt möglich!)**

Haben Sie eine **Herzschrittmacher oder Defibrillator** **Ja** **Nein**

Leiden Sie unter einer **Nierenerkrankung?** **Ja** **Nein**

Hatten Sie eine **Schädeloperation?** **Ja** **Nein**

Haben Sie **Metallimplantate** im Körper? (z.B. Knochennägel, -schrauben, Metallsplinter, Gelenkprothesen, Spirale) **Ja** **Nein**

Wurden Sie **jemals operiert?**

Wenn ja, an welchem Körperteil? _____

Leiden Sie an einer **Allergie?** **Ja** **Nein**

Haben Sie **Farbtätowierungen?** **Ja** **Nein**

Bei einer Kontrastmittelgabe kann sich an der Einstichstelle der Injektion ein Hämatom oder ein Spritzenabszess o. ähnliches bilden.

Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? **Ja** **Nein**

Körpergewicht _____ kg Größe _____ m

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

Falls noch Unklarheiten bestehen, fragen Sie bitte den Arzt.

Bitte Personalien vollständig ausfüllen!!!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Bei BG-Unfall bitte Unfalltag angeben,

Ich willige in die vorgesehene MRT-Untersuchung ein: _____
Datum, Unterschrift (ggf. 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.

Datum, 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. Der 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 DATENVEVARBEITUNG

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 berechtigte 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.