



## Einwilligung zur Knochendichtemessung (Osteodesitometrie)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Pat. Nr.

Die Knochendichtemessung ist eine Röntgenuntersuchung mit sehr geringer Strahlenbelastung. Eine Schwangerschaft besteht nicht.

**Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (ggf.gesetzlicher Vertreter)

### Folgender Fragebogen füllt unsere MTA während der Untersuchung für Sie aus!

Welche Medikamente für die Knochendichte nehmen Sie zurzeit ein?

Vitamin D: \_\_\_\_\_ IE

Calcium: \_\_\_\_\_ mg

Spezifische Medikament (siehe unten): \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_

- Bisphosphonat-Präparat: z.B. Fosamax, Fosavance, Actonel, Actonel Plus, Bonviva
- Präparat aus der „SERN-Gruppe“ wie z.B. Evista
- Strontiumpräparat wie z.B. Protelos
- Präparat aus der B-Gruppe wie z.B. Forsteo

Wie lange nehmen Sie die von Ihnen eingenommenen Präparate ein? \_\_\_\_\_

Wie ist ihre Verträglichkeit? \_\_\_\_\_

Wann wurde die letzte Knochendichtemessung bei Ihnen durchgeführt? \_\_\_\_\_

Ihr Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Hatte Ihre Mutter oder Ihr Vater eine schwere Osteoporose?  Nein  Ja (Wer?) \_\_\_\_\_

Sind Sie in letzter Zeit häufig **gestürzt**?  Nein  Ja

Hatten Sie **Knochenbrüche ohne einen Unfall**?  Nein  Ja (Wo) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja (Wieviel?) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie z. Z. ein Cortisonpräparat ein?  Nein  Ja (Welches?) \_\_\_\_\_ mg

Nehmen Sie z.Z. ein Schilddrüsenpräparat ein?  Nein  Ja (Welches?) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie ein Hormonpräparat ein?  Nein  Ja (Welches?) \_\_\_\_\_

Halten Sie sich täglich mind. 30 Minuten im Freien auf?  Nein  Ja

Welche sportliche Betätigung üben Sie z.Z. aus? \_\_\_\_\_

Waren Sie in letzter Zeit häufig bettlägerig?  Nein  Ja (Wie lange?) \_\_\_\_\_

Sind sie in der Menopause?  Nein  Ja (Seit wann?) \_\_\_\_\_

## **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 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 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.