



Protokoll Myocardszintigraphie

Name:

Anamnese:

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit?

.....

Risikofaktoren für KHK

RR

Hatten Sie schon früher Herzbeschwerden bzw. Brustschmerzen?

.....

Cholesterin

Diabetes

Ist ein Herzinfarkt bei Ihnen bekannt? Nikotin? fam. Vorbelastung

Welche Herzmedikamente nehmen Sie zur Zeit ?

.....

Treiben Sie Sport? Welchen?

Protokoll des Belastungs-EKG:

in Ruhe	bei Spitzenbelastung	Alter	Zielfrequenz	n. Infarkt (<3 Wochen)
RRmm Hg	RR mm Hg	30	162	133
Puls /Min	Puls/Min	40	153	126
ST-Senkung mmmm	50	145	119
		60	136	112
		70	128	105

Belastungsdauer: min. **Zielfrequenz** /Min. **maximale Leistung:** Watt

Größe **Gewicht** **Mammae: A, B, C, D**

Belastungsabbruch: Ausbelastung / Angina pectoris / Dyspnoe / Periphere Erschöpfung

/ ST-Senkung >3 mm / häufig auftretende Extrasystolen / höhergrad. Arrhythmie

Gesamtbeurteilung der Belastung: normal / grenzwertig / pathologisch

Bewertung des RUHE-EKG:

.....

Bewertung des BELASTUNGS-EKG:.....

.....

Linksschenkelblock? Ja Nein



Einwilligung zur nuklearmedizinischen Untersuchung

Name, Vorname Geburtsdatum Pat. Nr.

Eine nuklearmedizinische Untersuchung erfordert die intravenöse Gabe einer schwach radioaktiven Substanz. Schwere allergische Reaktionen auf die Substanzen sind nicht bekannt. Auch leichte allergische Reaktionen sind extrem selten.

Die Strahlenbelastung ist vergleichsweise gering. Nach der Injektion geht für eine kurze Zeit Strahlung von Ihnen aus. Die Strahlenbelastung für andere ist sehr gering. Wichtig ist uns der Schutz der kleinsten Mitbürger. Wir empfehlen Babys und Kleinkinder am Tag der Untersuchung nicht zu betreuen.

Ich bestätige, dass bei mir zum jetzigen Zeitpunkt keine Schwangerschaft vorliegt.

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

Ich wurde über die nuklearmedizinische Untersuchung aufgeklärt und bin mit der Durchführung 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)



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 in puncto Datenschutz 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, Therapievorschläge 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 Paragraf 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 Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.