



Einwilligung zur analgetischen Bestrahlung einer degenerativen/entzündlichen Erkrankung mit Röntgenstrahlen (Röntgenreizbehandlung / Röntgentiefentherapie)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Pat. Nr.

Ist bei Ihnen bereits eine Bestrahlung durchgeführt worden?

Ja Nein

Welche? _____

Wie wurden Ihre aktuellen Beschwerden bisher behandelt? _____

Hiermit willige ich die Bestrahlungsbehandlung ein. Ein Aufklärungsbogen wurde mir ausgehändigt. Auf die gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit von 24 Stunden verzichte ich hiermit ausdrücklich und wünsche gleich im Anschluss an das Aufklärungsgespräch die erste Behandlung. Frauen versichern zudem nicht schwanger zu sein.

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift des aufklärenden Arztes

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ich willige ein, dass im Radiologischen Zentrum Wiesloch / Sinsheim meine Patientendaten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Insbesondere bin ich zum Zwecke der Weiterbehandlung mit der Übermittlung der Befunde und / oder Bildmaterial der Untersuchung an behandelnde Ärzte einverstanden.

Ich willige ein, dass das Radiologische Zentrum Wiesloch / Sinsheim zum Zwecke der Befundung die Befunde und / oder Bildmaterial einholt.

Vollmacht

Ich bevollmächtige folgende Person _____ geboren am _____ in meinem Namen alle Unterlagen / Dokumente, die meine Person betreffen, abzuholen bzw. entgegenzunehmen.

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärungen über die Entbindung von der Schweigepflicht, Einwilligung in die Übermittlung der Daten und Bevollmächtigung Dritter jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.