



## Einwilligung zur Röntgenaufnahme oder Computertomographie (CT) ohne Kontrastmittelgabe

### Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Wurde schon einmal eine Röntgen oder CT-Untersuchung durchgeführt?  Ja   
Nein

Anlass \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_ Durch wen? \_\_\_\_\_

Ist eine **Verletzung** oder ein **Unfall** der Anlass für die Untersuchung?  Ja  Nein

Erläuterung \_\_\_\_\_

Besteht eine **Schwangerschaft**?  Ja  Nein

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Größe \_\_\_\_\_ m

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Gesetzliche Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Private Krankenkasse  
(bei Sondertarif Versicherungsausweis vorlegen)

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Bei BG-Unfall Unfalltag angeben \_\_\_\_\_

Ich willige in die vorgesehene Röntgen- oder CT-Untersuchung ein. Falls Unklarheiten bestehen, fragen Sie bitte den Arzt.

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

---

### 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.