



Einwilligung zur nuklearmedizinischen Untersuchung

Pat. Nr. _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

E-Mail Adresse (freiwillig. Angabe für Terminerinnerung u. Befundversand)

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 sich an der Einstichstelle der Injektion ein Hämatom oder Spritzenabszess o. ä. bilden kann.

Wurde Ihnen innerhalb der letzten 12 Wochen, ein jodhaltiges Kontrastmittel gespritzt?
(z. B. bei einer CT oder Röntgenuntersuchung)

Ja

Nein

Körpergewicht _____ kg

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

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.
- Ich willige in einen unverschlüsselten E-Mailversand meiner Befunde, einschließlich personenbezogener Daten, an die oben genannte E-Mail Adresse ein.

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.