



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

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Pat. Nr. _____

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

Ist bei Ihnen bereits eine Bestrahlung durchgeführt worden?

Ja

Nein

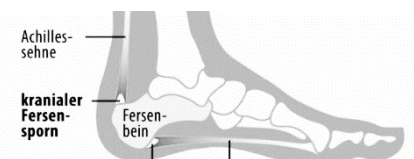
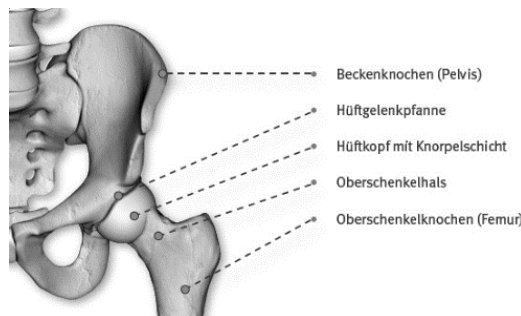
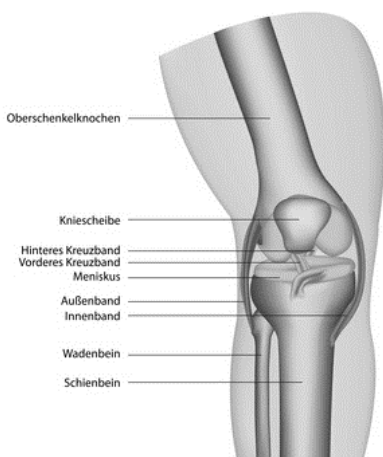
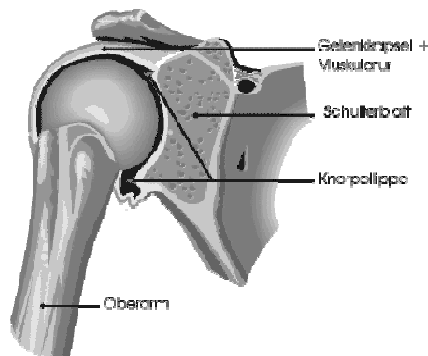
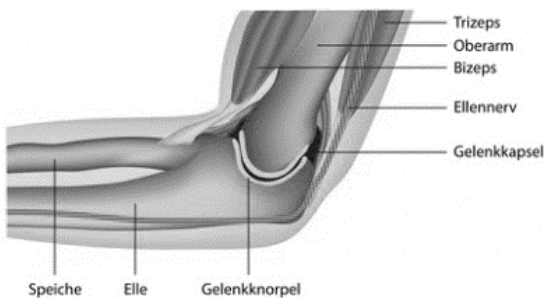
Welche? _____

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