

FRAGEBOGEN

für die Erfassung der früheren Strahlenbelastung und der Patientenpersonalien*



_____	_____ / _____
Name, Vorname d. Pat.	Geburtsdatum / Geburtsname
_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
_____	_____
Tel. (Festnetz oder Mobil)	Bundeswehrangehörige: bitte PK-Ziffer, Einheit u. Standort
_____	_____
Krankenkasse bzw. Kostenträger	bei Fam.-Angehörigen: Name d. Hauptversicherten

Sind Sie schon einmal **geröntgt** o. in der **Nuklearmedizin** untersucht worden? ja nein

Ist bei Ihnen eine Tumorbestrahlung durchgeführt worden? ja nein

Wenn ja, wann und welches Organ? _____

Körpergewicht _____ kg Körpergröße _____ cm

Bei **Frauen** (zur Verhütung von Strahlenschäden):
Besteht z. Z. eine Schwangerschaft? nein ja wenn ja, welcher Monat? _____

Wann war die letzte Regel? _____

Wird eine Schwangerschaft vermutet ja nein

Bei Bedarf habe ich gegen eine Fernübertragung der Daten zur Befunderhebung (Teleradiologie) keine Einwände. Ich bin damit einverstanden, dass unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die in unserer Praxis nicht durchgeführt werden können.
- KVNO zum Zweck der Abrechnung
- An mit- und weiterbehandelnde Ärzte

Ich bin damit einverstanden, dass unter Wahrung datenschutzrechtlicher Bestimmungen meine Unterlagen im Behandlungsfall (Operation, Kontrollen) an die anfordernde Praxis oder das Krankenhaus weitergegeben werden und bei anderen Ärzten vorhandene Voruntersuchungen durch die Radiologische Praxis zwecks Befundkorrelation angefordert werden dürfen und entbinde insoweit meine Ärztinnen/Ärzte von der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen meine Gesundheitsdaten auf dem Patientenportal hochgeladen werden dürfen. Mit Hilfe dieses Portal kann ich meine hochgeladenen Daten selbstbestimmt unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen selbst abrufen und mit meinen behandelnden Ärzten und Therapeuten teilen.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich folgenden Privatpersonen Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich die Praxis zwecks Terminerinnerungen kontaktieren darf.
Ich bin berechtigt, gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich zu widerrufen.

_____ **Unterschrift des Pat. oder gesetzl. Vertreters**

_____ Datum

*Die personenbezogenen Daten werden gespeichert und unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bzw. der DSGVO