

Fragebogen

für die Erfassung der früheren Strahlenbelastung und der Patientenpersonalien. Die personenbezogenen Daten werden gespeichert und unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes bzw. der DSGVO

Name/Vorname des Pat. _____ Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____

Tel. (Festnetz und Mobil) _____

Bundeswehrangehörige: bitte PK-Ziffer, Einheit u. Standort _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

E-Mail _____

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, welche Woche? _____

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 Portals 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.

Wesel, den _____ **Unterschrift des Pat. oder gesetzl. Vertreters:** _____