

CT-Patientenfragebogen

BITTE FÜLLEN SIE DIESEN BOGEN AUS UND MARKIEREN SIE DIE ZUTREFFENDEN ANGABEN:

Familiennamen: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Körpergröße: _____ Gewicht: _____ kg Tel: _____
E-Mail Adresse: _____

Existieren Voraufnahmen ja (Diagnostikum)
des Untersuchungs- ja (anderer Anbieter)
bereichs? nein
werden nachgereicht

Für Frauen:
Sind Sie schwanger? ja nein
Stillen Sie? ja nein

Welche Beschwerden haben Sie im Untersuchungsbereich und seit wann? links rechts mittig

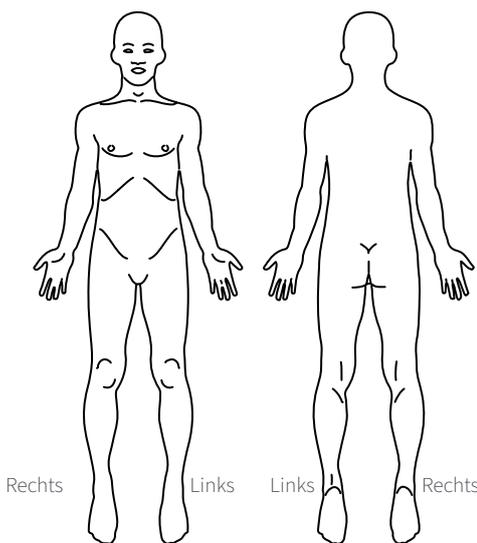
Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert? ja nein
Wenn ja, welches Jahr und weshalb?

Sind Tumore bzw. Krebserkrankungen bekannt? ja nein
Wenn ja, welche?
Welche Therapie erfolgte? OP Bestrahlung Chemotherapie

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Folgende Erkrankung ist bei mir bekannt:

Nierenerkrankung	Schilddrüsenüberfunktion	HIV
Myasthenia gravis	Allergien	Hepatitis
AV-Block	Diabetes Mellitus	Sonstiges:



Nehmen Sie ein Schilddrüsenmedikament? ja nein
Wenn ja, welches?

Gab es einen Unfall als Ursache für Ihre aktuellen Beschwerden? ja nein
Wenn ja, wann?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ja nein

Bekamen Sie schon einmal jodhaltiges Röntgen-Kontrastmittel? ja nein
Wenn ja, sind Unverträglichkeiten aufgetreten? ja nein

Bitte markieren Sie aktuelle Beschwerden in der Grafik

Sonstige Anmerkungen:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin des Diagnostikum Berlin

Bitte wenden →

Einwilligungserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich (ggf. für den Patienten):

- den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden zu haben sowie die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
- über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen und bin vollumfänglich aufgeklärt.
- mit einer evtl. Kontrastmittelgabe (jodhaltig, nicht radioaktiv) durch das med. Assistenzpersonal (MTR, MFA) einverstanden zu sein.
- mir meine Entscheidung gründlich überlegt zu haben. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Untersuchung ein.

Doctolib

Hiermit willige ich ein, dass das Diagnostikum Berlin mich bezüglich meines Termins erinnern darf. Mit meiner Einwilligung willige ich in die Datenverarbeitung meiner Mobilfunknummer oder E-Mail-Adresse zum Zwecke der Terminerinnerung ein. Wir weisen Sie daraufhin, dass wir für die Terminerinnerung Doctolib als Dienstleister einsetzen. Die Einwilligung erfolgt auf Basis von Art. 9 Abs. 2 lit. a) i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a) und 7 DSGVO.

Eine Verarbeitung oder Übermittlung meiner personenbezogener Daten erfolgt nicht zu anderen Zwecken.

Ich erteile **keine** Einwilligung bezüglich des Terminerinnerungsservices

HINWEIS: Ablehnung Kontrastmittel-Gabe

In die mir empfohlene Untersuchung mit Kontrastmittel willige ich **NICHT** ein, obwohl ich auf etwaige nachteilige Folgen einer eingeschränkten Beurteilbarkeit ausdrücklich hingewiesen worden bin.

Datum, Unterschrift Patient*In/Bevollmächtigte*r

Hiermit willige Ich in die Untersuchung ein und bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Meine Einwilligungen zur Übermittlung an meine/n überweisende/n Arzt/Ärztin sowie zum Terminerinnerungsservice kann ich jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen. Mit einem Widerruf nach Art. 7 Abs. 3 der DS-GVO wird der Rechtsgrund der Datenverarbeitung aus der Vergangenheit nicht entzogen. Dieser entfaltet seine Wirkung ausschließlich ab Zugang des Widerrufs in die Zukunft.

Ich bin einverstanden, dass mir **KEINE** Kopie des Aufklärungsbogens ausgehändigt wird.

ja

nein

Datum, Unterschrift Patient*In/Bevollmächtigte*r

Name Bevollmächtigte*r