

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

vor Durchführung einer Röntgenuntersuchung sind wir lt. Strahlenschutzverordnung verpflichtet, von Ihnen einige Angaben zu erfragen.

**Name, Vorname**.....**Telefon** .....

Wurde der Körperbereich der heute untersucht werden soll, schon vorher geröntgt?

**nein**       **ja**      **letztmalig wann**..... **Wo/von wem?**.....

Ich bin mit der Befundübermittlung an meinen überweisenden Arzt einverstanden.       **nein**       **ja**

Nur für Frauen im gebärfähigen Alter:      **Sind Sie schwanger?**       **nein**       **ja**       **ungewiss**

**Beginn der letzten Regel**.....

**Datum**..... **Unterschrift**.....

**Datenschutzerklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin informiert worden, dass alle Mitarbeiter eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben. .       **ja**       **nein**

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden. .       **ja**       **nein**

Im Falle eines stationären Aufenthaltes gebe ich mein Einverständnis, die vorliegenden Aufnahmen der Station und den mitbehandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen       **ja**       **nein**

Ich bin informiert worden, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann       **ja**       **nein**

Die Datenschutzerklärung der Praxis habe ich gelesen und verstanden.       **ja**       **nein**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Befund per E-Mail unverschlüsselt verschickt werden darf.       **ja**       **nein**

**Unterschrift Patient /Bevollmächtigter**.....