

Radiologie München Süd West

Erklärung über frühere Untersuchungen

Name, Vorname: Gewicht:..... kg

Besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein

Mit der Röntgen- Untersuchung bin ich einverstanden ja nein

Folgende Untersuchungen wurden bereits früher durchgeführt:

Röntgenuntersuchungen (auch Mammographien) ja nein
Nuklearmedizinische Untersuchungen (Szintigraphie) ja nein
Bestrahlungen, Strahlentherapien ja nein

Falls ja, bitte geben Sie nachfolgend Einzelheiten an:

Jahr	Körperteil	Institut

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Mit der Verarbeitung meiner zuvor eingetragenen personenbezogenen Daten bin ich einverstanden

ja nein

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Befunde von mir bei meinen Ärzten einholen kann.

ja nein

Hiermit willige ich ein, dass die Radiologie München Süd West die Ergebnisse meiner Untersuchung an den/die weiterbehandelnden Ärzte weitergeben darf

ja nein

Mir ist bekannt, dass die zuvor erteilten Einwilligungen freiwillig sind. Ich weiß, dass ich diese jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen kann

München, den

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Indikation zur Röntgenuntersuchung durch einen fachkundigen Arzt geprüft: _____