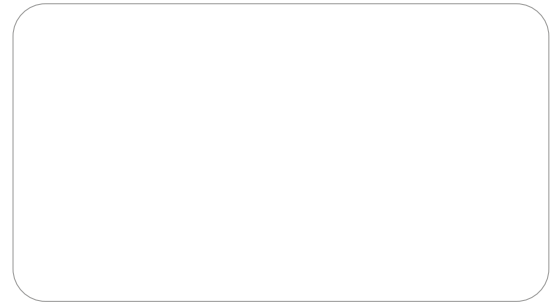




Einwilligung zur Röntgenaufnahme



Name, Vorname: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Ist eine **Verletzung** oder ein **Unfall** der Anlass für die Untersuchung? ☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung _____

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

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

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 Bilder und Ergebnisse meiner Untersuchung an den/die weiterbehandelnden Ärzte weitergeben darf. ☐ Ja ☐ Nein

Vollmacht:

Ich bevollmächtige folgende Person _____ geboren am _____

in meinem Namen alle Unterlagen / Dokumente, die meine Person betreffen, abzuholen bzw. entgegenzunehmen.

Mit der Verarbeitung meiner zuvor eingetragenen personenbezogenen Daten bin ich einverstanden. 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Indikation zur Röntgenuntersuchung durch einen fachkundigen Arzt geprüft: _____