

Aufklärungsbogen MRT

Persönliche Daten

Name..... Vorname.....

Geburtsdatum.....

Bitte die folgenden Fragen mit ja oder nein beantworten!

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Tragen Sie bioelektrische Implantate (z.B. Insulinpumpe, Stimulationssonde)?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Haben Sie lose Metallteile wie Granatsplitter im Körper?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Haben Sie Gefäßclips, Gefäßimplantate, künstliche Herzklappen od. Stents im Körper?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Tragen Sie nicht entfernbaren Schmuck wie Piercings?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Sind bei Ihnen chronische Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis, MRSA) bekannt?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung / Nierenfunktionsstörung?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Sind Sie am Herzen oder am Kopf operiert worden?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Sind Sie an der zu untersuchenden Region operiert worden?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Könnten Sie schwanger sein?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

Einwilligungserklärung

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines Kontrastmittels erforderlich. Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen; bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag u.ä. Reaktionen kommen, die in der Regel rasch wieder abklingen.

Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufs sind selten. Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf! Schwere, lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten.

Ich werde alle Metallgegenstände (Uhren, Schmuck, Piercings, Schlüssel, Taschenmesser, Münzen, Hörgerät, Zahnprothesen) außerhalb des Untersuchungsraumes in meiner Kabine lassen.

Ich bin über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden, habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

.....
Datum, Unterschrift
der Patientin / des Patienten bzw. der/des
Erziehungsberechtigten

.....
Datum, Unterschrift
des aufklärenden Arztes

Datenschutzerklärung MRT

Datenschutzrechtliche Erklärung:

Datenübermittlung

Die MRT-Untersuchung wird im Diagnostischen Organisations Centrum Wittenau (D.O.C. Wittenau GmbH) in der Oranienburger Str. 84, 13437 Berlin durchgeführt. Das D.O.C. Wittenau wird als GmbH betrieben. Diese stellt dem behandelnden Arzt im Rahmen einer Kooperation das MRT-Gerät zur Mitnutzung zur Verfügung.

Das D.O.C. Wittenau verfügt über die Möglichkeit, die im Rahmen der Untersuchung angefertigten MRT-Aufnahmen und Referenzbefunde über eine verschlüsselte Datenverbindung von dem behandelnden Arzt auf dem Webserver der D.O.C. Wittenau GmbH einsehen und verwenden zu lassen. Andernfalls erfolgt die Datenübermittlung per Post. Zur Qualitätssicherung wird zusätzlich zu der Befundung der MRT-Aufnahmen durch den behandelnden Arzt eine Bildbeschreibung durch einen niedergelassenen Radiologen eingeholt.

Ihr Arzt bespricht mit Ihnen die Ergebnisse und was diese in Bezug auf Ihre Gesundheit und weitere Behandlung bedeuten. Die Ergebnisse der Untersuchung können nicht direkt an den Patienten oder Familienangehörige herausgegeben werden.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der eingangs beschriebenen MRT-Untersuchung an die D.O.C. Wittenau GmbH übermittelt und dass diese meine im Rahmen der Untersuchung angefertigten MRT-Aufnahmen sowie die dazugehörigen Dokumente an meinen behandelnden Arzt weiterreicht.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten sowie die im Rahmen der Untersuchung angefertigten MRT-Bilder zur Qualitätssicherung an einen Radiologen übermittelt werden.

Diese Einverständniserklärungen können jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist entweder gegenüber dem behandelnden Arzt oder der D.O.C. Wittenau GmbH zu erklären. Mir ist auch bekannt, dass ich die Einwilligung verweigern kann. In diesem Fall sowie im Fall des Widerrufs findet keine Datenübermittlung zwischen dem behandelnden Arzt und den benannten Einrichtungen statt.

Datum, Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der/des Erziehungsberechtigten

Hinweis auf Datenverarbeitung

An der Durchführung der MRT-Aufnahme ist die D.O.C. Wittenau GmbH beteiligt. Ich habe davon Kenntnis, dass Patientendaten durch dieses Unternehmen gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt werden. Dies gilt beispielsweise zu Abrechnungszwecken. Der behandelnde Arzt hat weitere Unternehmen ausdrücklich dazu verpflichtet, dass sie die personenbezogenen Patientendaten vertraulich behandeln, die datenschutzrechtlichen Regelungen beachten und ausschließlich zur Durchführung der MRT-Untersuchung zweckgebunden erheben, verarbeiten und nutzen.