

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Körpergewicht: _____ Telefonnummer: _____

Kreatinin-Wert: _____

Kein Zutritt für Schrittmacherpatienten!

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher ? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Medikamentenpumpe oder eine Stimulationssonde? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Metall, Prothesen, Magneten, bewegliche Metallsplitter oder Gefäßclips im Körper? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wurden Sie am Herzen oder am Kopf operiert? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann: | | |
| Wurde eine Arthroskopie (z. B. am Knie) durchgeführt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann: | | |
| Haben oder hatten Sie eine bösartige Erkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche/wann: | | |
| Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV o.a.)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie ein Tattoo, Piercing oder Permanentmakeup? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Ist eine Allergie (Überempfindlichkeit) bekannt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Asthma bronchiale oder Nierenstörungen? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Ich fühle mich vollständig aufgeklärt Ja Nein

Ich willige in die Untersuchung ein Ja Nein

Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein überweisender Arzt Auskunft über meinen Befund erhalten darf? Ja Nein

Sind Sie gegen Corona geimpft? Wenn ja, womit? _____ Ja Nein

Haben Sie einen fieberhaften Infekt oder Corona Infekt? Ja Nein

Nach § 630e (2) Satz 2 BGB habe ich Anspruch auf eine Kopie **dieses Aufklärungsbogens**. Wenn Sie diese wünschen, wenden Sie sich bitte an die untersuchende Assistentin.

Wenn Sie **nicht** mit Ihrem Namen aufgerufen werden wollen, wenden Sie sich bitte an die Anmeldung.

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und halten uns an die DSGVO, diese hängt in unserem Wartezimmer zur Kenntnisnahme für Sie aus.

Was haben Sie für Beschwerden?

.....
Datum/Unterschrift (Patient/Sorgeberechtigter)

.....
Unterschrift Arzt