

## Kein Zutritt für Schrittmacherpatienten!

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Kreatininwert: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja  Nein

Haben Sie eine Medikamentenpumpe oder eine Stimulationssonde? Ja  Nein

Haben Sie Metall, Prothesen, Magneten, bewegliche Metallsplitter oder Gefäßclips im Körper? Ja  Nein   
(Zutreffendes bitte Unterstreichen)

Wurden Sie am Herzen oder am Kopf operiert? Ja  Nein

Wenn ja, wann: .....

Wurde eine Gelenkarthroskopie durchgeführt? Ja  Nein

Wenn ja, wann: .....

Haben oder hatten Sie eine Tumor-/Krebserkrankung? Ja  Nein

Wenn ja, welche/wann: .....

Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit (Hepatitis, HIV o.a.)? Ja  Nein

Haben Sie ein Tattoo, Piercing oder Permanentmakeup? Ja  Nein

Ist eine Allergie (Überempfindlichkeit) bekannt? Ja  Nein

Leiden Sie an Asthma bronchiale oder Nierenstörungen? Ja  Nein

**Bei Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein

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

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, sagen Sie das der 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?

---

---

---

Berlin, den .....  
Unterschrift (Patient/Sorgeberechtigter)

.....  
Unterschrift Arzt