



# PRAXEN FÜR NUKLEARMEDIZIN

## Patienten-Aufklärungsbogen zur Röntgenreizbestrahlung

Bitte geben Sie den **vollständig** ausgefüllten Bogen **unserem Anmeldungsteam** – vielen Dank!

Vorname \_\_\_\_\_  
Nachname \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Liegen aktuelle Röntgen-, MRT-, CT- oder Knochenszintigramm-Aufnahmen (nicht älter als 6 Monate) der betroffenen Region vor?**

Ja  (bitte mitbringen)      Nein

**Welche Therapien der zu bestrahlenden Region wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?**

Injektion      Datum: \_\_\_\_\_  
 Operation      Datum: \_\_\_\_\_  
 Physio-, Ergo- oder Stosswellentherapie      Datum: \_\_\_\_\_  
 Radiosynoviorthesen      Datum: \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Herzschrittmacher?**      Ja       Nein

**Haben Sie schon einmal eine Röntgenreizbestrahlung erhalten?** Wenn ja, bitte Region, Datum und Dosis angeben:

\_\_\_\_\_

**Für Frauen:** Sind Sie schwanger?      Ja       Nein

Das Aufklärungsgespräch wurde von Dr. \_\_\_\_\_ durchgeführt.  
(Name des Arztes/der Ärztin)

Besprochen wurden: Art & Ziel der Behandlung sowie Durchführung, Behandlungsplan ggf. Umstellung des Behandlungsplans, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Therapien, Kombination mit anderen Therapien, Risiken/mögl. Komplikationen, Spätfolgen, Verhaltensweisen vor/während/nach der Behandlung, Nachsorge.

Ich habe den Aufklärungsbogen erhalten, gelesen und verstanden. Alle weitergehenden Fragen konnte ich im Aufklärungsgespräch stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich willige in die Behandlung ein. Eine Kopie des Aufklärungsbogens für meine Unterlagen wurde mir auf Wunsch ausgehändigt. Ich bin über mein 24stündiges Recht auf Bedenkzeit hingewiesen worden.

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden, bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass während der Behandlungszeit aus Sicherheitsgründen ein Patientenfoto von mir erstellt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin

**Bitte beachten Sie:** Während der Bestrahlung sollten keine Injektionen in die zu bestrahlenden Gelenkregionen durchgeführt werden. Für einen bestmöglichen Therapieerfolg ist es wichtig, dass die Termine regelmäßig eingehalten werden. Die Behandlung ist eine anerkannte Kassenleistung. Bitte bringen Sie einen Überweisungsschein und Ihre Versichertenkarte mit. Bei Behandlung über ein Quartal hinaus ist ein neuer Überweisungsschein für das Folgequartal notwendig.