

Einverständniserklärung des gesetzlichen Vertreters zur radiologischen Untersuchung eines unbegleiteten minderjährigen Flüchtlings

Der/Die gesetzliche/r Vertreter/in: bitte in Druckbuchstabe ausfüllen

Name: _____

Adresse: _____

Ggf. Behörde: _____

erklärt sich damit einverstanden, dass bei folgender/m Patientin/en: bitte in Druckbuchstabe ausfüllen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum, -Ort: _____

eine Untersuchung gemäß Überweisungsauftrag

Auftrag: _____

- mit eventueller Kontrastmittelgabe durchgeführt wird.
- unter Verwendung von Röntgenstrahlen durchgeführt wird. (CT, Röntgen)
- mit Verabreichung einer radioaktiven Substanz durchgeführt wird (nuklearmedizinische Untersuchung).

Diese Einwilligung ersetzt nicht die Aufklärung im Vorfeld der Untersuchung, welche zusätzlich zwingend erforderlich ist.

Einwilligungserklärung Datenschutz: Gemäß den Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB V) und der ärztlichen Schweigepflicht willige ich hiermit ein, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt des RZM (Radiologisches Zentrum München-Pasing) Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, sonstige medizinische Leistungserbringer) einholt und bei mir erhobene Befunde und Bilddaten an mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte übermitteln darf (Datenübermittlung). Dies gilt auch für die Befundübermittlung an überweisende Hausärzte. Diese Einwilligung gilt für die aktuelle Untersuchung/Behandlung und kann jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in

Bitte zur Untersuchung mitbringen:

- diese Einverständniserklärung
- Überweisungsschein
- Versichertenkarte, wenn vorhanden