



## Einwilligungserklärung/Fragebögen/Informationen Computertomographie(CT)-gesteuerte Schmerztherapie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen im Vorfeld der Untersuchung den bestmöglichen Service bieten. Deshalb bitten wir Sie, die Einwilligungserklärung sowie die Fragebögen in Ruhe zuhause auszufüllen und uns die Unterlagen beim nächsten Besuch in unserer Praxis mitzubringen bzw. per E-Mail an [info@radiologie-in-mainz.de](mailto:info@radiologie-in-mainz.de) zurückzusenden. Vielen Dank für Ihre Kooperation.

Sie unterziehen sich einer **CT-gesteuerten Schmerztherapie**. Als Indikation gelten akute und chronische Rückenschmerzen, insbesondere die Facettengelenksarthrose. Durch diese Therapie lassen sich in vielen Fällen Operationen an der Wirbelsäule vermeiden. Gemäß der **Strahlenschutzverordnung** benötigen wir vor der Untersuchung einige persönliche Angaben von Ihnen. Füllen Sie daher bitte die nachfolgenden Fragebögen gewissenhaft und vollständig aus. Es ist in Ihrem eigenen Interesse. Vorher jedoch bitten wir Sie, nachdem Sie den Inhalt gelesen haben, die Einwilligungserklärung bezüglich der persönlichen Datenerhebung zu unterzeichnen.

### Einwilligungserklärung nach Artikel 7 DSGVO, § 51 DSAnpUG (BDSG neu) und § 73 1b SGB V

bitte  
ankreuzen

Hiermit willige ich ein in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, sowie anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung nach § 630a Absatz 1 BGB und anderen Verordnungen.

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB zur Übermittlung meiner Daten.

Sämtliche Informationen über die Datenerhebung nach Artikel 13 und 14 DSGVO sind mir zur Verfügung gestellt worden.

Ich bin darüber informiert worden, dass es zu einer unzureichenden Behandlung bei fehlender Einwilligung/Entbindung kommen kann.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Unterschrift Patientin/Patient

Geb.- Datum

**Einwilligungserklärung**  
nach Artikel 7 DSGVO, § 51 DSAnpUG  
(BDSG neu) und § 73 1b SGB V



**Auszug aus Art. 7 DSGVO**

Bedingungen für die Einwilligung

1. Beruht die Verarbeitung auf einer Einwilligung, muss der Verantwortliche nachweisen können, dass die betroffene Person in die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten eingewilligt hat.

**Auszug aus § 51 BDSG (neu)**

Einwilligung

1. Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten nach einer Rechtsvorschrift auf der Grundlage einer Einwilligung erfolgen kann, muss der Verantwortliche die Einwilligung der betroffenen Person nachweisen können.

**Auszug aus § 203 StGB**

Verletzung von Privatgeheimnissen

1. Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
  - 1.1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

**Auszug aus § 73 SGB V**

Versorgung, Verordnungsermächtigung

1. Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben. Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln; die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen.

**Auszug aus § 630a BGB**

Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

1. Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

## Patientenangaben nach Strahlenschutzverordnung



Zuname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

### 1. Frühere röntgen- und nuklearmedizinische Untersuchungen (z.B. Schilddrüsen Radio-Jod-Test)

wann: \_\_\_\_\_

was: \_\_\_\_\_

### 2. Alte Aufnahmen:

vorhanden: \_\_\_\_\_

nicht vorhanden: \_\_\_\_\_

abgegeben: \_\_\_\_\_

### 3. Röntgenbestrahlungen:

wann: \_\_\_\_\_

was: \_\_\_\_\_

Röntgenpass vorhanden:                      ja                      nein

### 4. Schwangerschaft:                      ja                      nein                      unbestimmt

letzte Regel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

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

