

<h1>Phlebographie</h1>	Ü-schein: J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Versicherung	
	Neuer Pat: J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>
	Voraufnahmen J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ambulant J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Zusatz-Versichert J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	KM-Allergie J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Stationär J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Zusatz-Versichert J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Termin :	Einschub <input type="checkbox"/>	Funktion <input type="checkbox"/>		Kreatinin	weitere US heute
Fax <input type="checkbox"/>	Abholen <input type="checkbox"/>	Post <input type="checkbox"/>	Anmeldung	MTRA	Arzt

Vermerk zur Abrechnung: ausführliches Patientengespräch Dr.: _____
 KM Reaktion, betreut durch Dr.: _____

KM	ChB:	cGy:	DL:	Aufnahmen:	Filme: <input type="checkbox"/> CD
----	------	------	-----	------------	------------------------------------

Akademischer Titel:	Geb.Dat.:
Name:	Tel.privat:
Vorname:	Tel.gesch.:
Straße:	Krankenkasse:
PLZ / Ort:	Hausarzt/ Überweiser:

Notizen Arzt:

Überweisungsschein fehlt: **Versichertenkarte fehlt:**
 Ich reiche den Überweisungsschein/Versicherten-Karte innerhalb einer Woche nach.
 Der überweisende Arzt ist mit der geplanten Untersuchung einverstanden.
 Bei nicht nachgereichtem Überweisungsschein wird eine Privatrechnung gestellt.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

PRIVATPATIENT

Ich stimme einer Rechnung für das Arzthonorar zu (der **2,5-fache** Satz wird nicht überschritten).
Der Vertrag gilt zwischen Patient und Arzt. Aus diesem Grunde sind eventuelle
 Erstattungsdifferenzen, die durch verschiedene Auslegungen der Gebührenordnung entstehen, vom
 Patienten zu tragen.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Einwilligungserklärung

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V (Sozialgesetzbuch) willige ich hiermit ein, dass die Radiologie München-Nord,
 Befunde im Rahmen der aktuellen Untersuchung bei weiteren medizinischen Leistungserbringern einholen
 sowie bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln kann (Datenübermittlung).

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des Behandlungsvertrages Daten über meine Person sowie die für
 Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert und verarbeitet werden und im Rahmen der
 Zweckbindung unter Beachtung der jeweiligen besonderen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B.
 mit behandelnde Ärzte, Kostenträger, BG, Abrechnungsstellen, Labore o.ä.) übermittelt werden können.
 Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Was der Arzt wissen muss....

um mögliche Gefahrenquellen rechtzeitig zu erkennen und persönliche Risiken abzuschätzen.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

● Sind Sie schwanger? JA NEIN

● Ist bei Ihnen eine Allergie oder Asthma bekannt (z.B. Heuschnupfen etc.) ? JA NEIN

Wenn ja, welche _____

● Wurde bei Ihnen bislang **Jodhaltiges** Kontrastmittel verabreicht?
(z.B.Nieren-, Gallen- oder Gefäßdarstellung im Röntgen und / oder CT?) JA NEIN

● Traten hierbei Reaktionen auf? JA NEIN

Wenn ja, welche _____

● Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt? JA NEIN

● Infektionskrankheit bekannt (z.B. HIV, TBC, Hepatitis) ? JA NEIN

● Ist bei Ihnen ein Bluthochdruck bekannt? JA NEIN

● Ist bei Ihnen eine bösartige Bluterkrankung bekannt (Plasmozytom)? JA NEIN

● Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? JA NEIN

● Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt? JA NEIN

● Ist bei Ihnen Gicht bekannt? JA NEIN

● Ist bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung bekannt? JA NEIN

● Leiden Sie an Diabetes mellitus? JA NEIN

Falls ja, Behandlung mit Tabletten Insulin

● Nehmen Sie regelmäßig Medikament ein? JA NEIN

Wenn ja, welche _____

● Wurden Gerinnungshemmende Medikamente abgesetzt? JA NEIN
(Marcumar, Aspirin etc.)

Wenn ja, seit wann _____

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen; besondere Fragen seitens des Patienten; mögliche Nachteile im Falle einer Ablehnung der Untersuchung, Gründe des Patienten für die Ablehnung).

Im Falle einer Ablehnung der Untersuchung:

Die vorgeschlagene Untersuchung wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Über mögliche Nachteile durch die Ablehnung wurde ich informiert.

Datum

Unterschrift/ ggf.Sorgeberechtigter und des Arztes

Einwilligungserklärung

Über die geplante Untersuchung hat mich Frau/Herr Dr _____
in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert.

Ich habe keine weitere Frage, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach
ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein:

Datum

Unterschrift/ ggf.Sorgeberechtigter