

Pat.-Nr.:

Datum:

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Tel.-Nummer:

Adresse:

Knochenszintigraphie Einwilligung

JA NEIN

Den Infoteil habe ich gelesen und verstanden.

Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft?

Bestehen bei Ihnen über das Blut übertragbare Krankheiten wie z. B. Hepatitis B/C, HIV, TBC?

Wenn ja, welche?

Erklärung über die Einwilligung:

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt; ich benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige in die Skelettszintigraphie **ein**.

und bin auch damit einverstanden, dass der betreffende Untersuchungsbefund, auch an weitere Ärzte, BG's oder Krankenkassen übermittelt werden darf.

Mit ggf. erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Ich möchte eine Kopie von diesem Bogen.

Nein, ich möchte keine Kopie.

Nur im Falle einer Ablehnung der Untersuchung:

Ich willige in die Skelettszintigraphie **nicht ein**.

Ich wurde darüber informiert, dass sich dadurch die Diagnose und Behandlung einer etwaigen Erkrankung u. U. erheblich verzögern und erschweren können.

Baden-Baden, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt