

Pat.-Nr.:

Datum:

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Tel.-Nummer:

Adresse:

Nierenzintigraphie Einwilligung

JA NEIN

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Ich konnte im Aufklärungsgespräch, alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Den abgetrennten Info-Teil habe ich zum Mitnehmen und Aufbewahren erhalten.

Die Verhaltensweise werde ich beachten.

Erklärung über die Einwilligung:

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

Ich willige in die nuklearmedizinische Untersuchung der Nieren **ein**.

und *gemäß §73Abs.1b SGB V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass meine behandelnde Ärzte Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln.

Mit ggf. erforderlichen Neben-/Folgeeingriffen (z.B. Injektionen, Gabe der im Informationsteil erwähnten Medikamente) 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 Nierenzintigraphie **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