




Patienteninformation und Aufklärung: Röntgenuntersuchung

Ihr Name:

Ihr behandelnder Arzt hat für Sie eine **Röntgenuntersuchung** empfohlen. Die Untersuchung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass Ihre Erkrankung detaillierter diagnostiziert wird oder eine vermutete Erkrankung ausgeschlossen werden kann.

 **Bitte beachten Sie, dass wir als Radiologen keine Therapieempfehlungen geben können. Ihr behandelnder Arzt (Überweiser) wird Sie über geeignete Therapien informieren.**

■ Was ist eine Röntgenuntersuchung?

Die Röntgenuntersuchung ist ein **bildgebendes Verfahren**. Die Technik wird auch konventionelles Röntgen genannt. **Röntgenstrahlen** werden im Röntgengerät durch die sog. **Röntgenröhre** erzeugt und können den menschlichen Körper durchdringen. Auf ihrem Weg durch den menschlichen Körper werden die Röntgenstrahlen je nach Art des durchstrahlten Gewebes unterschiedlich stark abgeschwächt. Ein sog. **Röntgendetektor** misst die Intensität der ankommenden, im Gewebe abgeschwächten Röntgenstrahlen und errechnet hieraus ein Bild. Es entsteht immer ein zweidimensionales Bild, weshalb es bei den meisten Körperteilen sinnvoll und notwendig ist zwei Bilder in zwei unterschiedlichen Ebenen anzufertigen (z.B. einmal von vorne und einmal von der Seite). Hiermit nähert man sich einer dreidimensionalen Darstellung zumindest an. Je nach Untersuchungsregion wird die Untersuchung im Stehen, im Sitzen oder im Liegen durchgeführt. Die Anfertigung einer Aufnahme dauert einen Bruchteil einer Sekunde. Röntgenstrahlen sind für den Menschen nicht sichtbar, hörbar oder fühlbar. Die Untersuchung ist nicht schmerzhaft.

■ Wie hoch ist die Strahlenbelastung?

Wir sind Ärzte mit Strahlenschutzfachkunde und Sie können sich sicher sein, dass wir die Notwendigkeit Ihrer Untersuchung sorgfältig prüfen. Die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen unterliegt strengen gesetzlichen Auflagen und wird überwacht. Die individuell für Sie notwendige Dosis ist von vielen Faktoren abhängig (z.B. vom Durchmesser des untersuchten Körperteils), deshalb kann sie nicht exakt

vorausgesagt werden. Wird ein bestimmter Strahlenwert (Grenzwert) überschritten, heißt das nicht automatisch, dass dies tatsächlich gefährlich wird. Grenzwerte dienen nicht dazu zwischen gefährlich und ungefährlich zu unterscheiden. Die Überschreitung eines Grenzwerts bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten gesundheitlicher Folgen über einem theoretisch angenommenen Wert liegt. Das Gewebe von jüngeren Menschen ist grundsätzlich anfälliger für Strahlenschäden als das Gewebe älterer Menschen.

Die Dosis erhöht sich grundsätzlich bei Adipositas und bei metallischen Implantaten im Untersuchungsbereich (z.B. Hüftprothese).

■ Gibt es alternative Untersuchungsmethoden?

Computertomographie, MRT, Ultraschall oder nuklearmedizinische Untersuchungen. Wir und Ihr überweisender Arzt haben die für Ihre (vermutete) Erkrankung am besten geeignete Untersuchung ausgewählt. Die Computertomographie verwendet auch Röntgenstrahlen zur Bilderzeugung, die notwendige Strahlendosis ist aber immer höher als bei einer konventionellen Röntgenuntersuchung.

■ Zusätzliche Informationen für Frauen

Informieren Sie uns unbedingt, wenn Sie schwanger sind oder sein könnten. Bei **Schwangerschaft darf keine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden**. Während der Stillzeit darf eine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden.

■ Ablehnung der Untersuchung

Durch eine **Ablehnung** der Röntgenuntersuchung können Ihnen **gesundheitliche Nachteile** entstehen. Therapien/Operationen können vielleicht nicht oder erst verspätet durchgeführt werden.

 **Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden:**



Datum



Ihre Unterschrift

Bitte den Fragebogen auf der Rückseite ausfüllen.



Röntgenuntersuchung

Haben Sie Beschwerden ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Körpergröße: cm Körpergewicht: kg	
Frühere Röntgen- / CT-Untersuchungen ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen (z.B. Schilddrüsenszintigraphie, Knochenszintigraphie, Nierenszintigraphie)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Frühere Krebs- oder Tumorbestrahlungen ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wieviel pro Tag oder bis wann?
Ist oder war bei Ihnen eine Infektionskrankheit z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und wann?
Wurden Sie bereits an der zu untersuchenden Körperregion operiert ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Name und Ort des Hausarztes (falls nicht Überweiser):	
Zusatzfrage für Frauen: Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein? Röntgenstrahlen können das ungeborene Kind schädigen.	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>

■ Einverständniserklärung

Ich bin mit der Durchführung der **Röntgenuntersuchung einverstanden**:



Ja:

Nein:

■ Datenschutz und Schweigepflicht

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt/Ihrer überweisenden Ärztin über die Untersuchungsergebnisse zu berichten. Alle externen Dienstleister, die mit Patientendaten in Kontakt kommen, unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit **einverstanden**, dass die Radiologie Betzdorf meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung, Diagnostik und zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen erforderlich ist, an andere Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Leistungserbringer (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) oder Kostenträger (z.B. Krankenversicherung) übermittelt und erforderliche Daten und Befunde bei den genannten Stellen erhebt und für die Zwecke der durch uns durchgeführten Behandlung und Diagnostik verarbeitet und nutzt. Sie können diese Willenserklärung in der Zukunft jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.



Datum

Ihre Unterschrift