

Radiologie am Schlössle

**Dr. U. Knust-Dr. M. Deinzer-Dr. D. Schmidt
Dr. E. Kocer & Kollegen**

Ihr Termin: _____

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Patienteninformation und Aufklärung Sonographie

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen sorgfältig.

1. Besteht bei Ihnen eine Allergie (z.B. Medikamente oder Ultraschallgel)? ja nein
2. Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) ja nein
Wenn ja, welche? _____
3. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? ja nein
(z.B. Marcumar, Xarelto, etc.)

Ich bin mit der Durchführung einer Sonographie einverstanden ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass ggf. meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden. ja nein

Pforzheim, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigter _____

Unterschrift Arzt/Ärztin _____

Radiologie am Schlössle

Telefon: (07231) 38 66-0

Kiehnlestraße 14+15

Telefax: (07231) 38 66-22

75172 Pforzheim