

Computertomographie

Name..... Vorname..... Geb.-Datum..... **Gewicht.....kg** Datum.....

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und Risiken besser einschätzen zu können, benötigen wir folgende Angaben.

1. Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. **Zuckerkrankheit, Gicht**) oder **Erkrankungen** der **Nieren** oder **Leber** bekannt und **welche Medikamente** nehmen Sie hierfür ein? ja nein
.....
2. Ist eine **Schilddrüsenüberfunktion** bekannt? ja nein
Nehmen Sie Medikamente für die **Schilddrüse** ein? Welche?
.....
3. Hatten Sie eine **Nieren- oder Lebertransplantation**? ja nein
4. Sind Allergien z.B. Pflaster, Nahrungsmittel, Medikamente, insbesondere **Jod-Allergie** bekannt? ja nein
5. Neigen Sie zu **Asthma** oder **Heuschnupfen**? ja nein
.....
6. Wurde bei Ihnen schon **früher** einmal eine **Computertomographie** durchgeführt, **wo, wann** und **welches Organ**? ja nein
.....
Traten bei **Kontrastmitteluntersuchungen** Nebenwirkungen auf? ja nein
.....
Wurde im letzten Halbjahr eine Magen- oder Darmspiegelung gemacht? ja nein
.....
7. Haben Sie einen Röntgen- oder Allergiepass? ja nein
8. Leiden Sie unter einer **Immunschwächeerkrankung** (z.B. HIV) oder einer Leberentzündung (Hepatitis) ja nein
9. **Frauen** im gebärfähigen Alter:
 - Könnten Sie **schwanger** sein ja nein
 - Stillen Sie? ja nein

10. Aufgrund welcher **Beschwerden** erhalten Sie diese Computertomographie?

A. Wo haben Sie Schmerzen bzw. Beschwerden?

.....
.....
.....
.....

B. Wie lange bestehen diese Beschwerden schon? Hatten Sie diese schon früher?

.....
.....

C. Gibt es, auf die heutige Untersuchung bezogen, eine **Vorerkrankung**?

.....

11. Hatten Sie, **bezogen auf die heutige Untersuchung**, ein **Trauma** / einen **Unfall** (z.B. Sturz o.ä.)? **Was** ist genau passiert, **wann** und **wo**?

.....
.....
.....
.....
.....

12. Hatten Sie eine **Krebs- Vorerkrankung**? Bekamen Sie eine **Chemotherapie** und / oder eine **Strahlentherapie**? Was und wann?

.....
.....
.....

Gab es schon **Operationen** im Untersuchungsgebiet? **Welche** und **wann**?

.....
.....
.....

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

- Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich ausreichend aufgeklärt, nachdem ich alles gelesen und verstanden habe, und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.
- Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.
- Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich **nicht** einverstanden.
- Laut § 73 ABS. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Radiologische Praxis **Befunde/Bilder** bei weiteren Ärzten einholt und bei mir erhobene Befunde/Bilder anderen Ärzten übermittelt ja nein

Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten/ der Eltern der Begleitperson