

AUFKLÄRUNG UND ANAMNESE COMPUTERTOMOGRAPHIE



Barcode area

Name:
Vorname:
Ihre Tel-Nr:
Hausarzt:

WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR COMPUTERTOMOGRAPHIE

Die Computertomographie (Abkürzung CT) ist ein modernes bildgebendes Untersuchungsverfahren, das mit Hilfe von Röntgenstrahlen detaillierte Bilder des menschlichen Körpers herstellen kann. Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege, die sich unter Umständen mehrmals in Kopf- oder Fußrichtung bewegt. Es ist wichtig, dass Sie während der kurzen Untersuchungszeit ruhig liegen bleiben. Im Rahmen der Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels erforderlich. Die heutigen Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen; bei Überempfindlichkeit kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag und ähnlichen Reaktionen kommen, die in der Regel rasch wieder abklingen. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen bis zum Kreislaufschock sind sehr selten. Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf oder informieren uns telefonisch.

ANAMNESE (KRANKHEITSVORGESCHICHTE) FÜR DIE COMPUTERTOMOGRAPHIE

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten:

1. Haben Sie schon einmal allergisch auf ein gespritztes Kontrastmittel bei Röntgen, CT oder Kernspin reagiert? ja ... nein
2. Sind Allergien auf Jod, andere Medikamente, Nahrungsmittel oder ein allergisches Asthma bekannt? ja ... nein
3. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? ja ... nein
4. Haben Sie eine Überfunktion der Schilddrüse? ja ... nein
5. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV) bekannt? ja ... nein
6. Sind Sie zuckerkrank? ja ... nein
7. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ja ... nein
8. Bei Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ja ... nein
9. Wurde die heute zu untersuchende Körperregion schon mittels CT oder Kernspin voruntersucht. Wenn ja, wann und wo zuletzt? ja ... nein

Bitte eintragen: Mein Körpergewicht: kg Meine Körpergröße: cm

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin einverstanden, dass Bilder und Befunde von Voruntersuchungen zum Vergleich angefordert werden dürfen und bin mit der Übermittlung der Bilder und des Befundes meiner Untersuchung an meinen überweisenden Arzt sowie an weitere mich behandelnde Ärzte einverstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Gelegenheit hatte, die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis zu nehmen.

ja ... nein

Die Information zur Computertomographie habe ich gelesen und verstanden. Die Fragen zu meiner Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Name, Unterschrift Arzt/Ärztin

Name, Unterschrift Arzt/Ärztin

Datum

Datum

Unterschrift Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)