

## **Einverständniserklärung**

### **CT-Untersuchung (ggf. mit Kontrastmittel)**

Wir erklären uns damit einverstanden, dass bei unserem Kind,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

eine CT-Untersuchung durchgeführt wird.

Es handelt sich dabei um eine Spezialröntgenuntersuchung mit geringer Strahlenbelastung.

Bei der Fragestellung ist es erforderlich, dass für die Aufnahmen Kontrastmittel in die Vene injiziert wird. Das Kontrastmittel ist sehr gut verträglich.

Nur in ganz seltenen Fällen kann es zu Reaktionen wie:

- Hitzewallungen
- Übelkeit
- Erbrechen

kommen.

Noch seltener sind allergische Reaktionen wie:

- Hautjucken
- Luftnot
- Pustelbildungen oder
- Kreislaufreaktionen.

#### **Einwilligungserklärung:**

- Die Informationen zum CT haben wir gelesen und verstanden. Über die Untersuchung mit Kontrastmittelgabe und mögliche Risiken und Komplikationen fühlen wir uns ausreichend aufgeklärt.
- Wir willigen in die Untersuchung ein und sind mit der Kontrastmittelgabe bei unserem Kind einverstanden.
- Ferner erklären wir uns mit der Weitergabe der Befunde und Bilder an überweisende und weiterbehandelnde Ärzte – bis auf Widerruf – einverstanden!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten