

Aufklärungsbogen CT

Geb.-Datum: Gewicht: kg Größe: cm

Bitte schildern Sie in Stichworten Ihre gegenwärtigen Beschwerden (seit wann? wo? Verlauf?)

.....

Hat in dieser Körperregion bereits eine radiologische Untersuchung stattgefunden? ja nein

Wenn ja: welche? wann?

Hat in dieser Körperregion eine Operation stattgefunden? ja nein

Wenn ja: welche? wann?

Haben die Beschwerden nach einem Sturz oder Unfall begonnen? ja nein

Wenn ja: welcher? wann?

Bitte beantworten Sie uns zu Ihrer Sicherheit folgende Fragen (ggf. auch für Ihr Kind):

1) Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

2) Haben Sie früher bereits Kontrastmittel bekommen? ja nein

Wenn ja, haben sie das Kontrastmittel gut vertragen? ja nein

Bei Unverträglichkeit, welche Reaktion trat auf?

3) Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

4) Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

5) Ist bei Ihnen eine Knochenmarkerkrankung bekannt? ja nein

6) Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) bekannt? ja nein

7) Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

8) Haben Sie eine ansteckende Erkrankung, z.B. Hepatitis, HIV? ja nein

Wenn ja, welche?

9) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

10) Möchten Sie diesen Aufklärungsbogen CT ausgehändigt bekommen? ja nein

Hiermit bestätige ich, die Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Die Informationen zum CT habe ich gelesen und verstanden. Über die Untersuchung ggf. mit Kontrastmittelgabe und mögliche Risiken und Komplikationen fühle ich mich ausreichend aufgeklärt.

- **Ich willige in die Untersuchung ein und bin mit der Kontrastmittelgabe -falls notwendig- einverstanden.**
- **Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Befunde und Bilder an meine überweisenden und weiterbehandelnden Ärzte -bis auf Widerruf- einverstanden!**

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Patient
(ggf. Betreuer/ Sorgeberechtigter)

.....
Unterschrift Arzt