

Aufklärungsbogen CT

Name, Vorname: Geb. Datum:

Gewicht:kg Größe:.....cm

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

.....
.....

Hat in dieser Körperregion eine Operation stattgefunden? (Wenn ja: welche? Wann?) ja 0 nein 0

.....

Haben die Beschwerden nach einem Sturz oder Unfall begonnen? (Wenn ja: welcher? wann?) ja 0 nein 0

.....

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

1) Könnten Sie schwanger sein? ja 0 nein 0

2) Haben Sie früher bereits Kontrastmittel bekommen? ja 0 nein 0

Wenn ja, bei welcher Untersuchung?

3) Wenn ja, haben sie das Kontrastmittel gut vertragen? ja 0 nein 0

Wenn nicht: welche Reaktion trat auf?

4) Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche?

5) Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche?

6) Ist bei Ihnen eine Knochenmarkerkrankung bekannt? ja 0 nein 0

7) Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) bekannt? ja 0 nein 0

8) Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche?

9) Haben Sie eine ansteckende Erkrankung, z.B. Hepatitis, HIV? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche?

10) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche?

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