

Name: Vorname:
 Geb.-Datum: Adresse:
 Gewicht: Krankenkasse:
 Tel. privat: Tel. dienstl.:

Anamnese: (wird vom Personal ausgefüllt)

Krea: _____

TSH: _____

KM: _____ ml

FOV: _____

Werte(r) Patient/in!

Entsprechend Ihrer Überweisung ist bei Ihnen eine computertomographische Untersuchung (CT) geplant. Der CT arbeitet mit Röntgenstrahlen. Die Strahlenbelastung ist gering, aber etwas höher als beim konventionellen Röntgen.

Nach der Röntgenverordnung §28 Abs.1 sind folgende Fragen durch den Patienten zu beantworten:

	Ja	Nein
Sind frühere röntgendiagnostische bzw. nuklearmedizinische Untersuchungen oder Strahlenbehandlungen in dem jetzt zu untersuchenden Körperabschnitt durchgeführt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist eine Schwangerschaft möglich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie ein Röntgennachweisheft (Röntgenpass) besitzen, legen Sie dieses bitte dem Arzt vor!

Ggf. ist eine Untersuchung mit einer Kontrastmittelspritze (KM) notwendig. Wie bei anderen Arzneimitteln auch, sind bei diesem jodhaltigen KM in seltenen Fällen Überempfindlichkeiten mit Juckreiz, Niesen, Hautausschlag oder Übelkeit möglich. Schwere Reaktionen (Atemstörungen, Herz-Kreislauf-sensationen) sowie lebensbedrohende Komplikationen sind extrem selten.

Wir bitten Sie deshalb, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten: Ja Nein

Ist Ihnen schon einmal Kontrastmittel gespritzt worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Wenn ja, traten dabei Nebenwirkungen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sind bei Ihnen allergische Reaktionen bekannt? (Zutreffendes bitte unterstreichen: Heuschnupfen, Asthma, Jod, Pflaster, andere)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sind bei Ihnen Blutgerinnungs-, Nierenfunktionsstörungen, eine Schilddrüsenüberfunktion, Diabetes mellitus oder eine Herzkrankheit bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Wenn ja, welche Medikamente? (nur Diabetes mellitus oder Schilddrüse)		

Haben Sie ein Glaukom (Grüner Star)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist in nächster Zeit eine Schilddrüsendiagnostik geplant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tragen Sie im oder am Körper Ja Nein

- einen Herzschrittmacher / Defibrillator?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- oder andere elektronische Geräte (Hörgeräte, Insulinpumpe usw.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- herausnehmbaren Zahnersatz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Metallimplantate (künstliche Gelenke, Stents)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Metallsplitter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hiermit bestätigte ich, dass ich vor der Untersuchung über den Ablauf sowie die Risiken insbesondere der Kontrastmitteluntersuchung ausreichend aufgeklärt wurde und bin mit der geplanten Computertomographie einverstanden. Bei bestehenden Voraufnahmen stimme ich der Herausgabe an die Praxisgemeinschaft Dres. Knuth / Potschwadek / Muscheites zu.

Datum Patient(in)/

Die CT-Aufnahmen / CD wurde(n) ausgehändigt: