



Computertomographie (CT)

KM _____

Sie wurden von Ihrem Arzt zu uns überwiesen, um eine **Computertomographie** (auch als CT bezeichnet) durchführen zu lassen. Die CT ist eine diagnostische Methode, bei der Schnittbilder des menschlichen Körpers bzw. bestimmter Organe angefertigt werden. Sie liegen bei der Untersuchung meistens in Rückenlage auf einer Liege, die sich langsam durch die ringförmige Öffnung des CT-Gerätes hindurch bewegt. Zur Vermeidung von Risiken für einen begrenzten Patientenkreis bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen.

Name, Vorname: _____ Tel.Nr.: _____

Gewicht in Kg: _____ Größe: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Kreatininwert mg/dl im Blut? _____

Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion/ M. Basedow od. Hashimoto? Ja () Nein ()

Besteht eine bekannte Allergie gegen Röntgenkontrastmittel, Medikamente oder Bronchialasthma? (Bitte Allergiepass vorlegen) Ja () Nein ()

Sind Sie zuckerkrank? Ja () Nein ()

Welche Medikamente nehmen Sie wg. der Zuckerkrankheit? _____

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?

Plasmozytom (Knochentumor)? Ja () Nein ()

Herzschwäche? Ja () Nein ()

Nierenerkrankung, Niereninsuffizienz? Ja () Nein ()

Gicht? Ja () Nein ()

Hepatitis / AIDS? Ja () Nein ()

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja () Nein ()

Zur genaueren Darstellung der Organe ist zum Teil eine Kontrastmittelgabe über eine Vene erforderlich. Daher benötigen wir den Kreatinin-Wert, wenn Sie ihn bei uns bestimmen lassen kostet Sie das 5€.

Röntgenkontrastmittel können in seltenen Fällen allergische Reaktionen hervorrufen.

Sollten sie Übelkeit, Hautjucken, Niesreiz oder Luftnot nach der Injektion bei sich feststellen, informieren Sie bitte umgehend unser Personal, wir können sofort entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten.

Wir bitten Sie, das ausgehändigte Bildmaterial (CD) sorgsam aufzubewahren, da wir bei einer Zweitausfertigung einen Kostenbeitrag von 5€ erheben müssen.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass ich mit der Durchführung der Untersuchung und der Übermittlung meines Befundes an den überweisenden und von mir ausdrücklich dem Praxispersonal genannten Arzt einverstanden bin, inkl. der Weitergabe meiner medizinischen Daten an die Ärztliche Stelle Hessen.

Datum

Unterschrift des Patienten