



**Computertomographie (CT)**

KM \_\_\_\_\_

Ihr Arzt hat Sie zu einer Computertomographie (CT) überwiesen. Die CT ist eine diagnostische Methode, bei der Schnittbilder des menschlichen Körpers bzw. bestimmter Organe angefertigt werden. Sie während 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 das Formular vollständig auszufüllen.

Name: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Gewicht/Größe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Bitte händigen Sie uns **Voraufnahmen sowie Arztberichte** von Voruntersuchungen **vor** Beginn der Untersuchung aus.

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

Könnten Sie schwanger sein?

Nein  Ja

Gibt es Voruntersuchungen bezogen auf die heutige geplante Untersuchung?

Nein  Ja  Wann/Was \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion/Hashimoto/M. Basedow?)

Nein  Ja  Schilddrüsenmedikament \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Allergie auf Röntgenkontrastmittel (Jod) oder Medikamenten?

Nein  Ja  Allergiepass bitte vorlegen

Gab es bei früheren Untersuchungen Kontrastmittelreaktionen?

Nein  Ja  Welche \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?

Nierenerkrankung / Niereninsuffizienz?

Nein  Ja

Hepatitis / HIV-Infektion?

Nein  Ja

Plasmozytom (Knochentumor)?

Nein  Ja

Herzschwäche?

Nein  Ja

Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden?

Nein  Ja

**Kreatininwert mg/dl im Blut:** \_\_\_\_\_

Bei **einigen** Fragestellungen ist es notwendig, Kontrastmittel zu spritzen. Daher benötigen wir den Kreatinin-Wert, wenn Sie ihn bei uns bestimmen lassen, berechnen wir Ihnen hierfür einen Kostenbeitrag von **10€**.

In seltenen Fällen kann es durch das Kontrastmittel zu leichten Hautreaktionen und Unwohlsein kommen. 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. Im Anschluss an eine Kontrastmittelgabe sollten Sie eine ausreichende Menge Flüssigkeit

(mind. 1,5L Wasser) trinken. Sollten Stunde oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf.

Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

**Meine behandlungsbezogenen Daten** dürfen bei anderen behandelnden Ärzten und Leistungserbringern durch **die Radiologische Gemeinschaftspraxis angefordert werden** (z.B. Bilder, Kreatininwert etc.....).

**Andere Ärzte** (von Ihnen **nicht** ausdrücklich benannt) dürfen Befunde, die **von der Radiologischen Gemeinschaftspraxis** erstellt wurden, anfordern.

Meine Befunde/Bilder dürfen auch an Dritte (**Ehepartner/ Lebensabschnittsgefährten/ Kinder**) ausgehändigt werden.

Mir ist bewusst, dass von berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird

Name der berechtigten Person:

\_\_\_\_\_

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 Arzt** einverstanden bin, inkl. der Weitergabe meiner **medizinischen Daten** an die Ärztliche Stelle Hessen, KV Hessen, Krankenkassen, BG und Med.- Dienst bei deren Anfragen.

Des Weiteren bestätige ich, die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten**

**VOM PERSONAL AUSZUFÜLLEN:**

LS  SD  HK  Rundumschürze

Sonstiges: \_\_\_\_\_