



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 befinden sich während der Untersuchung meistens in Rückenlage auf einer Liege, die sich langsam durch die ringförmige Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Zur Vermeidung von Risiken für einen begrenzten Patientenkreis, bitten wir Sie das Formular vollständig auszufüllen.

Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Geb.-Datum: _____ Gewicht/Größe: _____

Adresse: _____

Email-Adresse(bitte LESERLICH schreiben): _____

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

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

Nein Ja

Wurde das **heutige** zu untersuchende Körperteil bereits in einer **anderen** Einrichtung untersucht?

Nein Ja Wo/Wie: _____

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?

Niereninsuffizienz? Nein Ja

Hepatitis / HIV-Infektion? Nein Ja

Plasmozytom (Knochentumor)? 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.

VOM PERSONAL AUSZUFÜLLEN:

LS SD HK Rundumschürze

Sonstiges: _____

Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich bin einverstanden, dass die zur Befundung notwendigen Vorbefunde/Bilder/Blutwerte angefordert werden dürfen.

Ich bin mit der Weitergabe von Befunden/Bildern an die mich behandelnden Ärzte einverstanden.

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/Personen:

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.

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten