

Patient: Vor- und Zuname

Fragebogen zur Computertomographie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Röntgen-Kontrastmittel sind jodhaltige Präparate, die zur verbesserten Darstellung vieler Organe verwendet werden. Diese Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen. Als normale Reaktion treten bei schneller Applikation (wie bei der Computertomographie üblich) in der Regel Wärmegefühl und Harndrang auf.

Als Zeichen der Unverträglichkeit können auftreten: Herzklopfen, Schwindel, Brechreiz, Engegefühl im Hals, Ausschlag. Diese leichten Reaktionen klingen meist von selbst ab. Sollten Sie solche Symptome bemerken, bitten wir Sie, uns diese unverzüglich mitzuteilen. Schwere lebensbedrohliche Zwischenfälle und bleibende Schäden sind selten.

Um das Risiko möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Haben Sie schon Kontrastmittel erhalten? Ja Nein

(z.B. Nieren-, Gallenblasenröntgen, Venendarstellung, Herzkatheteruntersuchung?)

· Falls ja, haben Sie es gut vertragen? Ja Nein

Welches Organ wurde untersucht?: _____

Haben Sie Allergien? Ja Nein

· Wenn „Ja“: Welche? _____

Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt? Ja Nein

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? Ja Nein

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt (z.B. HIV, Hepatitis)? Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes? Ja Nein

· Wenn „Ja“: nehmen Sie Medikamente zur Diabetesbehandlung? Ja Nein

Wenn „Ja“: Welche? _____

Wie schwer sind Sie?: _____ **kg** **Wie groß sind Sie?:** _____ **cm**

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Datenschutzerklärung:

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis die erstellten Untersuchungsbefunde und Aufnahmen zum Zwecke meiner Behandlung den weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung stellt. Diese Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht kann ich jederzeit widerrufen.

Ja Nein Unterschrift _____

Einwilligungserklärung:

Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe (oral, rektal, intravenös) einverstanden. Ich benötige keine weitere Bedenkzeit und willige ein:

Datum _____ Vor- und Zuname _____ Unterschrift _____

Ich bin darüber informiert, dass mir eine Kopie dieses Aufklärungsbogens zusteht. Ich wünsche eine Kopie: Ja Nein

Persönliches Aufklärungsgespräch

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Folgende Punkte wurden besprochen:

Unterschrift Patient

Unterschrift aufklärender Arzt