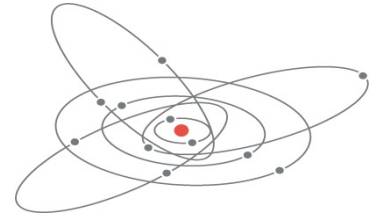


NAME/VORNAME _____

GEB. _____ TELEFON _____



INFORMATIONEN ZUR COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Bei Ihnen ist eine Computertomografie zur Abklärung Ihrer Beschwerden geplant. Die Untersuchung dauert ca. 5-10 Minuten, während dieser Zeit stehen Sie mit uns in Sicht- und Sprechkontakt. Die Gabe von Kontrastmittel über eine Vene ist oft nötig, um die Aussagekraft der Bilder zu erhöhen, vor allem zum Ausschluss von Entzündungen oder Neubildungen. Für die Untersuchung des Bauchraumes wird Ihnen eine größere Menge Wasser mit einem kleinen Kontrastmittelzusatz zum Trinken verabreicht, um den Darm gegenüber anderen Organen abgrenzen zu können.

RISIKEN DER UNTERSUCHUNG

Die Computertomografie ist im Allgemeinen eine Untersuchung ohne erkennbares Risiko. Das verabreichte intravenöse Kontrastmittel entstammt der neuesten Kontrastmittelgeneration und ist gut verträglich. In seltenen Fällen kann es zu allergischen Reaktionen wie Juckreiz und Hautausschlag kommen, die gut behandelbar sind. Ist eine Medikamenten- oder Kontrastmittelallergie bekannt, so sollten Sie uns das **unbedingt vor der Untersuchung** mitteilen. In diesen Fällen kann eine allergische Reaktion durch Gabe von Medikamenten vermieden oder gemildert werden, Sie sollten danach allerdings kein Fahrzeug mehr selbst führen. In extrem seltenen Fällen kann es zu einer schweren allergischen Reaktion mit der Notwendigkeit einer intensiven Behandlung kommen.

Auch für diese seltenen Situationen sind wir vorbereitet und können Hilfe leisten. Nach der Untersuchung empfehlen wir Ihnen, falls Kontrastmittel gegeben wurde, viel zu trinken, damit die Ausscheidung über die Nieren und den Darm beschleunigt wird.

BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN:

Besteht bei Ihnen Diabetes? Ja Nein

Sind Erkrankungen Ihrer Nieren bekannt? Ja Nein

Sind Funktionsstörungen der Schilddrüse bekannt? Ja Nein

Nehmen Sie Schilddrüsenhormone ein? Ja Welche ? _____ Nein

Besteht eine Allergie? Ja Welche ? _____ Nein

Hatten Sie schon mal eine Allergie gegen Kontrastmittel? Ja Nein

Gab es bei früheren Untersuchung Reaktionen auf Kontrastmittel? Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine ansteckende Erkrankung vor?
(z.B. TBC, Hepatitis, HIV-Infektion) Ja Nein

Besteht derzeit die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Ihr Körpergewicht beträgt ca.: _____ kg

Wann war Ihre letzte Röntgenaufnahme? _____

⇒ ⇒ Bitte wenden !! ⇒ ⇒

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Mit der Untersuchung bin ich einverstanden Ja Nein
Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden Ja Nein

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserem Aushang in der Praxis. Auf Wunsch haben wir für Sie auch einen Flyer vorbereitet.

EINWILLIGUNG ÜBER DIE DATENÜBERMITTLUNG AN DRITTE

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (Befunde, Bilder, Laborwerte) an meinen Hausarzt, überweisenden Arzt und/oder weiterbehandelnde Ärzte oder Kliniken zu Dokumentations- und Behandlungszwecken übermittelt werden und dies auch in elektronischer Form (z.B. Telefax) geschehen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

München, den _____ Unterschrift _____