RADIOLOGISCHES ZENTRUM
Höchstadt / Aisch

Patientenaufkleber:

Fragebogen CT-Untersuchung (Anamnesebogen)

Vorname/Name: _____ Geb. Datum: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Besteht eine **Nierenerkrankung-/Schädigung, Dialysepflicht?**	□ nein	□ ja	
Besteht eine **Schilddrüsenerkrankung**?	□ nein	□ ja	Welche:
Nehmen Sie **Metformin** ein? (Zucker)	□ nein	□ ja	
Besteht eine **Infektionskrankheit**? (Hepatitis,Tuberkulose,HIV/AIDS)	□ nein	□ ja	Welche:
Bestehen **Allergien**?	□ nein	□ ja	Welche:
Besteht eine **Tumorerkrankung**? (z.B. Playmozytom/Multiples Myelom)	□ nein	□ ja	
Wurde die zu untersuchende Körperstelle bereits **operiert**?	□ nein	□ ja	Was:
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	□ nein	□ ja	
Tragen sie **Metallimplantat**e? (z.B. Herzschrittmacher, Herzklappe, andere Fremdkörper aus Metall Cochlea Implantate) Neurostimulatoren	□ nein	□ ja	

Fragen zum Kontrastmittel Im Allgemeinen

Wurde bereits eine CT-Untersuchung durchgeführt?	□ nein	□ ja	
Wenn ja, mit Kontrastmittel?	□ nein	□ ja	
Traten Nebenwirkungen auf?	□ nein	□ ja	Wenn ja, welche:

Wenn Sie bereits auf Kontrastmittel reagiert haben, sprechen Sie uns an!

Bitte wenden.

Das Extra für Ihre Untersuchung: Nutzen Sie das volle Potenzial Ihrer radiologischen Bilder durch Floy®.
Mithilfe der künstlichen Intelligenz von Floy® können wir Ihre medizinischen Bilder zusätzlich auswerten.

- Basierend auf Ihrer Untersuchung erkennt Floy® gezielt individuelle Gesundheitsrisiken – wie die Einschätzung Ihres Osteoporose-Risikos oder körperliche und organbezogene Auffälligkeiten – die für das menschliche Auge teils nicht sichtbar sind.

- Dabei können auch mögliche Zufallsbefunde, wie Tumore oder Aneurysmen erkannt werden.

- Diese Zusatzleistung steht für CT-Untersuchungen im Bereich **HWS, BWS, LWS, Abdomen, Thorax und Hals** zur Verfügung.

- ***Wird bei Ihnen ein Körperbereich untersucht, der NICHT genannt wurde, können Sie diesen Teil ignorieren!***

- Die Auswertung basiert ausschließlich auf Ihrer bevorstehenden Untersuchung – die Untersuchungsdauer bleibt dabei unverändert

.
Floy® ist für 46,63 € als Selbstzahlerleistung optional erhältlich. Die Abrechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (Ziffer 5733/5377) per Rechnung und wird nicht von der gesetzlichen oder der privaten Krankenkasse übernommen.

□ **Ja**, ich möchte die zusätzliche Auswertung auf eigene Kosten für 46,63 € in Anspruch nehmen und akzeptiere die Nutzungsbedingungen unter floy.com/patienteninfo.

Wenn Sie "Ja" gewählt haben, geben Sie bitte an, für welche der folgenden CT-Untersuchungen Sie Floy® nutzen möchten:
□ **HWS,** □ **BWS,** □ **LWS,** □ **Abdomen,** □ **Thorax,** □ **Hals**

□ **Nein**, ich möchte die zusätzliche Auswertung nicht in Anspruch nehmen.

Kontrastmittelnebenwirkungen:
- Paravasat (Flüssigkeit tritt in umliegendes Gewebe)
- Allergien (Hautausschlag, Übelkeit, Schock)
- Weichteil-/Nervenschädigung
- NSF (Nephromen systemische Fibrose), Bindegewebserkrankung
- Nierenschädigung, Nierenversagen
- Thyreotoxische Krise (Schilddrüsenschädigung/ -überfunktion)
- Restkontrastmittel im Körper (z.B. Gehirn)

CT-Komplikationen (Aufklärung):
- Strahlenbelastung (Niedrigdosis-CT)
- Haut-Gewebe-Nervenschädigung-Infektionen bei Injektion

Datenschutz/Einwilligung
Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden und willige hiermit in die durchzuführende Untersuchung ein.
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass
- mein Radiologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Radiologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Arzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Arzt anfordert.
Es ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift Ärztin/Arzt **Datum, Unterschrift Patient/Patientin**