



Praxisstempel:

Patientenaufkleber:

--	--

### Fragebogen CT — Untersuchung

Geplante CT –Untersuchung : \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Besteht eine Nierenerkrankung-/Schädigung, Dialysepflicht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Besteht eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
Nehmen Sie <b>Metformin</b> ein? (Zucker)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Besteht eine <b>Infektionskrankheit</b> ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
Besteht eine <b>Tumorerkrankung?</b> (z.B. Plasmozytom/Multiples Myelom)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: _____
Wurde die zu untersuchende Körperstelle bereits operiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was: _____

### Fragen zum Kontrastmittel:

8 Wurde bereits eine CT-Untersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
9 Wenn ja, mit Kontrastmittel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10 Traten <b>Nebenwirkungen</b> auf?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wenn ja welche: \_\_\_\_\_

Sind Sie **schwanger** oder **stillen** Sie?  nein  ja

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

Bitte wenden.



**CT Aufklärung:**

- Strahlenbelastung
- Paravasat ( Flüssigkeit tritt in umliegendes Gewebe)
- Allergien (Hautausschlag, Übelkeit, Schock)
- Nierenschädigung, Nierenversagen
- Schilddrüsenschädigung, Überfunktion,
- Thyreotoxische Krise
- 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 andere 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.

---

**Ärztin/Arzt**

**Datum Patient/Patientin**