RADIOLOGISCHES ZENTRUM DR. WILKE
Höchstadt / Aisch • Nürnberg

Praxisstempel:	Patientenaufkleber:
Radiologisches Zentrum Dr. Wilke Facharzt für diagnostische Radiologie Spitalstraße 3 • 91315 Höchstadt BSNR 665303300 Tel.: 09193 - 50 25-0 Fax: 09193 - 50 25-11 info@radiologie-hoechstadt.de www.radiologie-hoechstadt.de	

Fragebogen CT — Untersuchung

Geplante CT –Untersuchung : _____

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?**	❑ nein	❑ ja	Welche:
Bestehen Allergien?	❑ nein	❑ ja	Welche:
Besteht eine **Tumorerkrankung?** (z.B. Plasmozytom/Multiples Myelom)	❑ nein	❑ ja	Welche:
Wurde die zu untersuchende Körperstelle bereits operiert?	❑ nein	❑ ja	Was:

Fragen zum Kontrastmittel:

8 Wurde bereits eine CT-Untersuchung durchge- führt?	❑ nein	❑ ja
9 Wenn ja, mit Kontrastmittel?	❑ nein	❑ ja
10 Traten **Nebenwirkungen** auf?	❑ nein	❑ 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.

RADIOLOGISCHES ZENTRUM DR. WILKE
Höchstadt / Aisch • Nürnberg

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**