

COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon ggf. auch dienstlich

Krankenkasse

Körpergewicht

Überweisender Arzt (1. Befundbericht)

ggf. Kopie des Befundberichtes an: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Computertomographie überwiesen, einer speziellen Röntgenschnittuntersuchung.

Für gute Ergebnisse ist es wichtig, dass Sie still liegen und gegebenenfalls die Atemkommandos beachten. Die Untersuchung dauert je nach medizinischer Fragestellung zwischen 10 und 45 Minuten.

Bei bestimmten Untersuchungen (Bauch- und Beckenorgane, Speiseröhre) ist außerdem meist eine Kontrastierung der Verdauungsorgane durch trinkbares Kontrastmittel erforderlich, das je nach Anweisung über einen Zeitraum von 0,5 - 1,5 Stunden vor der Untersuchung langsam getrunken werden muss.

Viele Erkrankungen lassen sich nur nach Einspritzen eines nichtionischen jodhaltigen Kontrastmittels in eine Vene nachweisen. Dieses moderne Röntgenkontrastmittel ist allgemein gut verträglich, gelegentlich kann es zu einem Wärmegefühl, seltener zu einer allergischen Reaktion kommen. Ernste Komplikationen (Kreislauf- und/oder Atemwegs-Reaktionen) treten sehr selten auf. Patienten mit Kontrastmittelallergie müssen diese unbedingt angeben (Gesundheitsgefahr).

Bitte helfen Sie uns, Risiken zu vermindern, indem Sie uns die umseitig aufgeführten Fragen beantworten (bitte ankreuzen).

Ihre Fragen beantworten wir Ihnen gerne.



Drewes+Partner

Röntgen-Nuclear-Institut
Medizinisches Versorgungszentrum

Möserstraße 50
49074 Osnabrück

Telefon: 0541-600100
Telefax: 0541-6001010
www.drewes-partner.de
info@drewes-partner.de

BITTE WENDEN!!!

- | | <u>JA</u> | <u>NEIN</u> |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ist bei Ihnen eine Röntgenuntersuchung nach einer Kontrastmittelinjektion durchgeführt worden (CT, DSA, Angiographie, Nieren, Galle, etc.) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Welche Untersuchung? _____ Wann? _____ | | |
| Gab es irgendwelche Nebenwirkungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welcher Art? _____ | | |
| 2. Bestehen bei Ihnen Allergien? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wogegen? _____ | | |
| 3. Haben Sie Bronchial-Asthma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenmedikamente? _____ | | |
| 5. Besteht bei Ihnen ein Plasmozytom (Bluteiweißerkrankung) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Sind Sie herz-, nieren- oder zuckerkrank ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| (zutreffendes bitte unterstreichen) | | |
| 7. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit? (z.B. Hepatitis, HIV, o.ä.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wenn ja, welche? _____ | | |
| 8. Sind Sie im Untersuchungsbereich voroperiert ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wann? _____ | | |
| was? _____ | | |
| 9. Wurde bei Ihnen eine Krebserkrankung festgestellt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| was und wann? _____ | | |
| 10. Wurde seit der letzten Voruntersuchung eine Behandlung durchgeführt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. Falls aus medizinischen Gründen erforderlich, bin ich mit einer intravenösen Kontrastmittel-Verabreichung einverstanden:

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, sowie anderen Leistungserbringern.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

Datum, Unterschrift