



**Drewes+Partner**

**Röntgen-Nuclear-Institut**  
Medizinisches Versorgungszentrum

**Möserstraße 50**  
**49074 Osnabrück**

Telefon: 0541-6001020  
Telefax: 0541-600108820  
[www.drewes-partner.de](http://www.drewes-partner.de)  
info@drewes-partner.de

## PET (Positronen-Emissions-) Computertomographie ( C T )

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
PLZ      Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon, ggf. auch dienstlich

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Körpergewicht      kg

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt (1. Befundbericht)

ggf. Kopie des Befundberichtes an: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur PET-CT überwiesen. Durch die zeitgleiche Durchführung dieser beiden Untersuchungen kann eine sehr genaue Beurteilung krankhafter Veränderungen erreicht werden.

Zunächst wird Ihnen eine strahlenaktive Substanz in die Vene injiziert, die sich langsam im Stoffwechsel-aktiven Gewebe anreichert. Im Anschluss erfolgt eine etwa 60-minütige Ruhephase, in der etwa 1 Liter Mineralwasser getrunken werden sollte. Im Anschluss daran erfolgen die Aufnahmen in einem Röhrensystem wobei gleichzeitig die Computertomographie durchgeführt wird.

Viele Erkrankungen lassen sich nur nach Einspritzen eines nicht ionischen 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 Atemwegsinfektionen) treten sehr selten auf. Patienten mit Kontrastmittelallergie müssen diese unbedingt angeben (Gesundheitsgefahr).

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

Ihre Fragen beantworten wir Ihnen gerne.

**BITTE WENDEN!!!**

**1. Wann fand bei ihnen die letzte Computertomographie (CT) statt?**

\_\_\_\_\_ und wo (Ort)?: \_\_\_\_\_

**JA**    **NEIN**

2. Ist bei Ihnen bei einer Röntgenuntersuchung ein Kontrastmittel gegeben worden?  JA     NEIN  
Welche Untersuchung? \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_  
Gab es irgendwelche Nebenwirkungen?  JA     NEIN  
Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_
3. Bestehen bei Ihnen Allergien?  JA     NEIN  
Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_
4. Haben Sie Bronchial-Asthma?  JA     NEIN
5. Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?  JA     NEIN  
Schilddrüsenmedikamente? \_\_\_\_\_
6. Besteht bei Ihnen ein Plasmozytom (Bluteiweißerkrankung)  JA     NEIN
7. Sind Sie herz-, nieren- oder zuckerkrank?  JA     NEIN  
(bitte unterstreichen)
8. Besteht bei Ihnen eine Infektionskrankheit  JA     NEIN  
(z.B. Hepatitis, HIV, andere?)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
9. Sind Sie im Untersuchungsbereich voroperiert?  JA     NEIN  
wann? \_\_\_\_\_  
was? \_\_\_\_\_
10. Wurde bei Ihnen eine Krebserkrankung festgestellt?  JA     NEIN  
Was, bzw. wann? \_\_\_\_\_
- Bei Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft?  JA     NEIN  
Stillen Sie?  JA     NEIN

**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.

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift