

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 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!!!

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

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

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 andere Leistungserbringer.

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