

Patientenaufklärung zur Computertomographie

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Straße/ Hausnummer: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon/ Handy: _____

Überweisender Arzt/ Hausarzt: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieses Merkblatt soll Sie über die geplante **Computertomographie (CT)** vorab informieren.

Diese Untersuchungsmethode ist eine besondere Form der Röntgenuntersuchungen. Mit Hilfe einer rotierenden Röntgenröhre werden Schichtaufnahmen Ihres Körpers erzeugt, mit denen krankhafte Veränderungen besser erkannt werden können. Die Untersuchung stellt eine gewisse Strahlenbelastung dar, die durch neueste Gerätetechnologie, regelmäßige Kontrollen der Geräte, Ihren Beschwerden oder Ihrer Erkrankung angepassten Untersuchungstechnik und Indikationsstellung durch einen fachkundigen Radiologen so gering wie möglich gehalten wird. Strahlenschäden konnten durch die bei der normalen Computertomographie verabreichten Dosen bislang nicht nachgewiesen werden.

Sollten Sie sich über eine Frage unsicher sein, sprechen Sie uns bitte an!

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Wurde in letzter Zeit **eine Röntgen- oder CT Untersuchung** der gleichen Körperregion durchgeführt?

Nein Ja

Wenn ja, führen Sie hier bitte genauere Angaben auf:

- Liegen bei Ihnen frühere **Tumorleiden** vor? (Strahlentherapie/ Chemotherapie/ Knochenszintigraphie)

Nein Ja

Wenn ja, führen Sie hier bitte genauere Angaben auf:

- Besteht eine **Schwangerschaft**? (Für Frauen)

Nein Ja

- Besitzen Sie einen **Röntgenpass**?

Nein Ja

Wenn ja, legen Sie diesen bitte an der Anmeldung vor und lassen Sie sich die heutige CT Untersuchung eintragen.

Bitte wenden

1. Gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V erkläre ich mich einverstanden, dass die Ärzte des Zentrums für Radiologie und Nuklearmedizin Wetterau erforderlichenfalls meine Untersuchungsergebnisse gemeinsam auswerten und bei Bedarf auswärtig erhobene ärztliche Untersuchungsbefunde anfordern und einbeziehen. Die hier erhobenen Befunde dürfen meinen behandelnden Ärzten neben dem üblichen Postweg auch mit elektronischen Medien übermittelt werden.
2. **Nur für Patienten aus dem MVZ Centromed Friedberg (behandelnde Ärzte Dr. Gruber, Dr. Görlich):** Ich bin damit einverstanden, dass den genannten überweisenden Ärzten Dr. Gruber und Dr. Görlich die Einsichtnahme der hier archivierten Bilddokumentation auf elektronischem Wege gestattet wird, insoweit entbinde ich hiermit die Radiologen ausdrücklich von der Schweigepflicht.
3. **Für privatversicherte Patienten:** Ich bin mit der Weitergabe der abrechnungsrelevanten Behandlungsdaten an die Ärztliche Verrechnungsstelle in Büdingen (PVS) einverstanden. Hierzu füllen Sie auch bitte den anbei liegenden PVS-Bogen aus.

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO/BDSG und unseren Datenschutzhinweisen ein.

Dieses Aufklärungsblatt wird Ihnen nach Abschluss der Untersuchung automatisch ausgehändigt. Wir bewahren eine Kopie davon in Ihrer elektronischen Patientenakte auf.

Mit der Durchführung der CT-Untersuchung bin ich einverstanden.

(Aushändigung erfolgt durch MFA/MTRA)

Friedberg, den _____ Unterschrift des Patienten: _____

Vom Personal und Arzt auszufüllen

Notizen zur Untersuchung:

Unterschrift Arzt/ Ärztin