

Patientenaufklärung zur Computertomographie (CT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte lesen Sie den Ihnen überreichten Anamnesebogen und die ggf. überreichten Informationsblätter genau durch. Um Risiken zu vermeiden, darf ein bestimmter Personenkreis nicht oder nur unter bestimmten Vorsichtsmaßnahmen untersucht werden. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Sind Sie schwanger oder vermuten Sie schwanger zu sein? Ja Nein

Stillen Sie? Ja Nein

Haben Sie Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, andere)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Diese Untersuchungsmethode ist eine besondere Form der Röntgenuntersuchung. Mithilfe einer rotierenden Röntgenröhre werden Schichtaufnahmen Ihres Körpers erzeugt, um krankhafte Veränderungen besser zu erkennen. Die Untersuchung stellt eine gewisse Strahlenbelastung dar, die durch neuste Gerätetechnologie, regelmäßige Kontrollen der Geräte und eine an Ihre Beschwerden/Indikation angepasste Untersuchungstechnik durch einen unserer fachkundigen Radiologen so gering wie möglich gehalten wird. Strahlenschäden konnten durch die bei der normalen Computertomographie verabreichten Dosen bislang nicht nachgewiesen werden.

Wurde in letzter Zeit eine Röntgenaufnahme, CT- Untersuchung oder eine Knochenszintigraphie der gleichen Körperregion durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welche Untersuchung, wann und wo? _____

Liegt oder lag bei Ihnen ein Tumorleiden vor? Ja Nein

Wenn ja, welches? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Strahlen- oder Chemotherapie? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Wenn ja, legen Sie diesen bitte an der Anmeldung vor, sodass die heutige Untersuchung eingetragen werden kann. Sollten Sie keinen Pass besitzen, erhalten Sie diesen nach der Untersuchung von unseren Mitarbeitern.

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden / den Grund Ihres heutigen Besuches bei uns:

Hatten Sie einen Unfall? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wann und welche Art von Unfall ist passiert?

Wurden Sie passend zur heutigen Untersuchung schon einmal operiert? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wann? _____

Ich habe die Ausführungen gelesen, verstanden und habe keine weiteren Fragen.

Ich benötige eine Kopie dieses Bogens. **Ja** **Nein**

Mir ist bewusst, dass durch Notfallpatienten Verzögerungen bei fest vereinbarten Terminen auftreten können und ich keinerlei Schadensersatzansprüche wegen anfallender Wartezeiten geltend machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten
ggf. gesetzlicher Vertreter

Nur vom Personal auszufüllen!

Notizen zur Untersuchung

Unterschrift Ärztin/Arzt