

## Aufklärungsbogen Computertomographie (CT)

Name: \_\_\_\_\_ Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die Risiken bei einer Untersuchung mit Kontrastmittel abschätzen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen mit Ja oder Nein zu beantworten.

- Besteht eine Allergie (z.B. Heuschnupfen, Asthma), Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten, Nahrungsmitteln, Pflaster oder örtlichen Betäubungsmitteln? Ja  Nein
- Wurde Ihnen schon jemals ein Röntgenkontrastmittel gespritzt? (z.B. bei einer Gefäßdarstellung, Herzkatheter, Nieren-Röntgen) Ja  Nein
- Sind bei früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel Hautausschlag, Kreislaufreaktionen oder Juckreiz aufgetreten? Ja  Nein
- Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja  Nein

Wenn **JA**, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse ein? Ja  Nein

Wenn **JA**, welche? \_\_\_\_\_

- Haben Sie Diabetes („Zuckerkrankheit“)? Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente dagegen ein? Ja  Nein

Wenn **JA**, welche? \_\_\_\_\_

- Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Ja  Nein

- Haben Sie eine Hepatitis oder eine andere Infektionskrankheit (z.B. HIV)? Ja  Nein

- Bestehen bei Ihnen sonstige Begleiterkrankungen (z.B. Tumorerkrankungen, Gicht ect.)? Ja  Nein

Hier geben Sie bitte Ihre Begleiterkrankungen an:

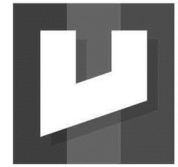
- Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, Größe: \_\_\_\_\_ cm

- Für Frauen im gebärfähigen Alter:** Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Ja  Nein

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sollten Sie vor der Untersuchung mit einem Arzt sprechen wollen, teilen Sie dies bitte an der Anmeldung mit.

**Ich habe das beiliegende Infoblatt zur Computertomographie (liegt im Warteraum) gelesen. Durch meine Unterschrift gebe ich das Einverständnis zur Untersuchung.**

Ich möchte eine Kopie dieses **Aufklärungsbogens** erhalten (gemäß dem § 630 e BGB, welches am 26.02.2013 in Kraft getreten ist, sog. Patientenrechtegesetz). Ja  Nein



Radiologie und  
Nuklearmedizin  
im Zentrum Vital



Dr. med. Eric Schlaudraff  
Dr. med. Uwe Rößler  
Dr. med. Nurettin Durdu  
Dr. med. Charlotte Reichel  
Dr. med. Nicolai Schramm  
Robert Reith (ang. Arzt)

Magnetresonanztomographie  
Computertomographie  
Nuklearmedizin  
Mammographie  
Digitales Röntgen  
Ultraschall

Sprechstunden:  
Mo. – Do. 8:00 – 18:00 Uhr  
Fr. 8:00 – 17:00 Uhr  
Termine nach Vereinbarung

Zentrum Vital  
Gerloser Weg 20  
36039 Fulda

Telefon: 0661-902 950  
Telefax: 0661-902 9524

praxis@radiologie-fulda.de  
www.radiologie-fulda.de

Bankverbindung  
Sparkasse Fulda  
IBAN:  
DE71 5305 0180 0000 0482 06  
BIC: HELADEF1FDS



Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. des/der Erziehungsberechtigten