

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:

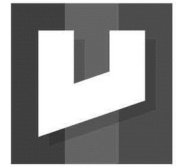
9. Ihr Gewicht: _____ kg, Größe: _____ cm

- 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