

**Basisinformation zum Aufklärungsgespräch
COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)**

Name: Geb. Datum:

Wohnort:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Wie viel wiegen Sie (in kg)? _____ Wie groß sind Sie (in cm)? _____

Wurde bei Ihnen bereits vorher eine CT-Untersuchung durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welche Körperregion wurde wann untersucht?

Wurde bei einer Untersuchung bisher Kontrastmittel verabreicht? Ja Nein

Sind im Rahmen der Kontrastmittelapplikation Unverträglichkeiten oder Komplikationen aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....
(z.B. Übelkeit / Erbrechen, Atemnot, Asthmaanfall, Hautausschlag, Krampfanfälle)

Besteht eine Allergie, Asthma oder eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten oder Lebensmitteln? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Diabetes mellitus/ Zuckerkrankheit? Ja Nein

Wenn ja, nehmen Sie hierfür orale Antidiabetika, insbesondere Metformin ein?

Wenn ja, sind Sie Insulin-pflichtig? Ja Nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, nehmen Sie hierfür Medikamente ein?

Wenn ja, haben Sie bisher eine Radiojodtherapie erhalten? Ja Nein

Wenn ja, ist bei Ihnen in den nächsten 3 Monaten eine Szintigraphie (nuklearmedizinische Untersuchung) geplant? Ja Nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, sind Sie Dialyse-pflichtig? Ja Nein

Besteht eine

- Herz-Kreislaufkrankung ? Ja Nein
- Leberkrankung ? Ja Nein
- chronische Infektionserkrankung (z.B. HIV, Hepatitis C) ? Ja Nein
- Tumorerkrankung ? Ja Nein
- Schwangerschaft oder Stillzeit ? Ja Nein

Aktuelle Beschwerden:

Wurden Sie im Bereich der zu untersuchenden Region schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, welche Operation wurde wann durchgeführt?

Haben Sie im Bereich der zu untersuchenden Region bisher einen Unfall/ bzw. anderweitiges Trauma erlitten? Ja Nein

Wenn ja, welcher Unfall und wann?

Bitte wenden und auf der nächsten Seite unterschreiben →

Einverständniserklärung:

Ich fühle mich ausreichend informiert. Ich habe keine weiteren Fragen mehr und hatte ausreichend Bedenkzeit. Ich willige in die geplante Untersuchung ein.

Lohr, den

.....
Unterschrift der Patientin / des Patienten

.....
Unterschrift Arzt

Für die Eltern von minderjährigen Patienten: Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung und der Gabe von Kontrastmittel einverstanden.

Lohr, den

.....
Unterschrift der Eltern

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Im Rahmen unserer ärztlichen Leistungen unterliegen wir neben der ärztlichen Schweigepflicht, den gesetzlichen Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU DS-GVO) sowie des Sozialgesetzbuches (SGB). Wir benötigen daher für die folgenden Verarbeitungen Ihrer Daten eine Einwilligung.

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an den mich überweisenden Arzt einverstanden.

JA, NEIN

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an die mich weiterbehandelnden Ärzte einverstanden.

JA, NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologie Lohr zur medizinischen Qualitätssicherung im Zusammenhang mit meiner Untersuchung, Informationen (z.B. Arztberichte, Laborwerte, etc.) bei den mich behandelnden Ärzten einholen darf.

JA, NEIN

Im Falle einer früheren Behandlung bei Dr. Dettmann, oder Dr. Handwerker, oder Dr. Müller willige ich in die Einholung dieser Behandlungsdaten ein.

JA, NEIN

Sie können zum späteren Zeitpunkt Ihr Einverständnis jederzeit formlos widerrufen.