



RADIOLOGISCHE PRAXIS AHRENSBURG

Einwilligung zu einer CT-Untersuchung mit i.v. Kontrastmittelgabe

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Körpergröße: Gewicht: Geschlecht: männlich: weiblich:

Bitte lesen Sie sich die „Information zur Computertomographie“ vor der Untersuchung sorgfältig durch. Um eine exakte Diagnose stellen zu können, kann es sein, dass wir Ihnen intravenös (i.v.) ein Kontrastmittel spritzen müssen. In seltenen Fällen kann nach Kontrastmittelgabe eine allergische Reaktion auch unvorhergesehen auftreten und mit Hautausschlag, Juckreiz, Atemnot, Übelkeit oder Erbrechen (extrem selten mit schwerem Kreislaufzusammenbruch einhergehen), sodass eine Intensivbehandlung notwendig werden kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ja **Nein**

Wurde bei Ihnen bereits eine Computertomografie durchgeführt?
Falls ja, welche Körperregion? Wann?

Wurden früher Kontrastmitteluntersuchungen durchgeführt?
(Nierenröntgen, Gefäßdarstellung/Herzkatheter, CT, MRT) Zutreffendes bitte unterstreichen!

Besteht bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie?
Besteht bei Ihnen eine andere Allergie?

Besteht eine Zuckerkrankheit? (Diabetes)
Nehmen Sie Blutzuckertabletten ein, die Metformin enthalten?

Ist eine Nierenerkrankung bei Ihnen bekannt?
(Nierenoperation, Funktionsstörungen, Familienanamnese)
Wenn ja, welche?

Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? (Über-/Unterfunktion, Struma)
Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

Ist bei Ihnen Asthma bekannt?
Haben Sie Gicht / Rheuma?

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

Sie haben nach § 630e (2) BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens
Ich wünsche eine Kopie des Aufklärungsbogens.

Welche Beschwerden haben Sie, bezogen auf die zu untersuchende Körperregion:

Anmerkungen des Arztes:

Einverständniserklärung:

Ich hatte genügend Zeit und Gelegenheit, Fragen zu stellen, die mir zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden. Ich fühle mich vollständig aufgeklärt und bin mit der CT-Untersuchung zu den oben genannten Bedingungen und der intravenösen Verabreichung von Röntgenkontrastmittel einverstanden und habe keine weiteren Fragen mehr.

Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologische Praxis Ahrensburg unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien (DS-GVO) / (oder Qualitätsprüfung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung) zum Zwecke der Weiterbehandlung meine Befund- und/oder Bilddaten an meine behandelnde Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, bei Anfrage und Erfordernis, weiterleiten darf. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Ahrensburg,