



# 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? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden früher Kontrastmitteluntersuchungen durchgeführt? (Nierenröntgen, Gefäßdarstellung/Herzkatheter, CT, MRT) Zutreffendes bitte unterstreichen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine andere Allergie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Zuckerkrankheit? (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutzuckertabletten ein, die Metformin enthalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Nierenerkrankung bei Ihnen bekannt? (z.B. Nierenoperation, Funktionsstörungen) Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? (Über-/Unterfunktion, Struma) _____ Wenn ja, nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Infektionserkrankung (z.B. HIV, Hepatitis) ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen Asthma bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gicht / Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben nach § 630e (2) BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens Ich wünsche eine Kopie des Aufklärungsbogens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, \_\_\_\_\_