

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG COMPUTERTOMOGRAPHIE / CT

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

1. Sind Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt worden ? JA NEIN

Wenn ja, wann:..... Wo:.....

Was wurde geröntgt ?

2. Haben Sie bei früheren Röntgenuntersuchungen schon einmal Kontrastmittel bekommen (z.B. bei Untersuchungen der Niere, der Galle oder bei Gefäßdarstellungen) ? JA NEIN

Wenn ja - haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen ? JA NEIN

3. Sind bei Ihnen Allergien (z.B. Jodallergie), Asthma, Medikamentenunverträglichkeiten oder sonstige Überempfindlichkeiten bekannt ?

JA NEIN

Wenn ja - welche ?.....

4. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenfunktionsstörung bekannt? JA NEIN

Wenn ja - nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein ?.....

5. Ist bei Ihnen ein Nierenleiden bekannt ?

JA NEIN

Welche Medikation nehmen Sie ein ?.....

6. Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit / Diabetes mellitus bekannt ? JA NEIN

Wenn ja - welche Medikamente nehmen Sie ein ? (Insulin oder Tabletten)

.....
(Blutzuckertabletten mit dem Wirkstoff Metformin sollten für 2 Tage nach der Untersuchung abgesetzt werden z. B. Diabesin, Glucophage, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Met, Metformin, Metform, Siofor)

7. Nur für weibliche Patientinnen:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?

JA NEIN

Wir sind verpflichtet, Sie über die bevorstehende Untersuchung aufzuklären und Ihnen alle diesbezüglichen Fragen zu beantworten. Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Wir beantworten Ihre Fragen gerne und ausführlich.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Aufklärungsbogen gelesen haben, dass Sie keine weiteren Fragen haben, dass Sie mit der digitalen Speicherung einverstanden sind und dass Sie in die vorgeschlagene Untersuchung einwilligen.

Beschwerdebild / Voroperationen / Medikamenteneinnahme (Bitte um kurze Darstellung):

.....

.....

Wertheim, den

.....

Unterschrift