Radiologie Hann. Münden

Einverständniserklärung zur Computertomographie

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Körpergröße (m): _____ Körpergewicht (kg): _____

1. Liegt eine **Nierenerkrankung/ Niereninsuffizienz** vor? ☐ ja ☐nein
2. Ist eine **Schilddrüsenerkrankung** bekannt (Überfunktion)? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie dafür? _____
3. Haben Sie **Allergien**? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche? _____
4. Leiden Sie an **Diabetes mellitus**? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie dafür? _____
5. Ist eine Form von Blutkrebs oder Lymphom (Plasmozytom) bekannt? ☐ ja ☐ nein
6. Besteht eine **Infektionskrankheit** (HIV, Tbc, Hepatitis)? ☐ ja ☐ nein
7. Hatten Sie bereits einmal eine Kontrastmitteluntersuchung? ☐ ja ☐ nein
8. Falls ja, gab es **Unverträglichkeiten**? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche? _____
9. Sind Sie mit einer **Kontrastmittel-Gabe** einverstanden? ☐ ja ☐ nein
10. Für Frauen im gebärfähigen Alter
    - Sind Sie **schwanger**? ☐ ja ☐ nein
    - Stillen Sie? ☐ ja ☐ nein
11. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei Bedarf Voraufnahmen bei anderen Radiologen/Ärzte eingeholt werden dürfen.

    Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und bin mit allen Punkten einverstanden. ☐ ja ☐ nein
12. Möchten Sie eine Kopie von diesem ausgefüllten Aufklärungsbogen ☐ ja ☐ nein

Einwilligungserklärung

Ich versichere sämtliche Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich bin ausführlich über die bevorstehende Untersuchung sowie einer ggf. erforderlichen Kontrastmittelgabe informiert. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die angeordnete Untersuchung ein. Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und bin mit allen Punkten einverstanden.

Hann. Münden, den _____ _____

Datum Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Nur vom zuständigen Arzt auszufüllen

Anmerkungen bei geplanter CT- Kontrastmittelgabe

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, spezifische Nebenwirkungen, Alternativen)

_____

_

_____

_

Hann. Münden, den _____ _____

Datum Unterschrift Arzt

Radiologische Gemeinschaftspraxis Dr. W. Kronsbein / M. Jordan Vogelsang 105 34346 Hann. Münden
Telefon: 05541-347690 Telefax: 05541-3476901 praxis@radiologie-hmue.de www.radiologie-hmue.de