
Aufklärungsbogen **Computertomografie (CT)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll heute eine Computertomografie (CT) durchgeführt werden. Dies ist eine moderne diagnostische Methode, bei der Sie auf einer Liege schrittweise durch eine 80 cm große Öffnung gefahren werden. Mit Hilfe eines um Sie rotierenden Röntgenstrahls werden Schnittbilder angefertigt.

Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 10-20 Minuten.

Die Umkleidekabine ist während der Untersuchungszeit nur für Sie reserviert.

Bei einigen Untersuchungen ist es notwendig, dass Ihnen während der Untersuchung Kontrastmittel gespritzt wird. Dies ist jodhaltig.

Falls bei früheren Untersuchungen Unverträglichkeitsreaktionen auf das Kontrastmittel aufgetreten sind, informieren Sie uns bitte vor der Untersuchung.

Ihr nächster Termin:

Uhrzeit:

<input type="checkbox"/>	AlpRad Rosenheim	Im Facharztzentrum	Luitpoldstr. 4	83022 Rosenheim
<input type="checkbox"/>	AlpRad Trostberg	Im Facharztzentrum	Siegerthöhe 3	83308 Trostberg

Bitte Rückseite beachten!

Name: _____

Telefonnummer: _____

Wurde bei Ihnen bereits früher eine Computertomographie durchgeführt? JA NEIN

Existieren externe Vorbefunde? (Bilder, Befund, etc.): _____ JA NEIN

Wurden Sie schon an dem zu untersuchenden Bereich operiert? JA NEIN

Wenn ja, an welchem Körperteil? Wann? _____

Haben Sie einen Schilddrüsenknoten? JA NEIN

Besteht eine Lebensmittel- oder Medikamentenallergie? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Frühere allergische Reaktionen auf Röntgenkontrastmittel? JA NEIN

Sind Sie Diabetiker? Nehmen Sie Tabletten und wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Wenn ja, welche _____ JA NEIN

Haben Sie eine ansteckende Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, TBC)? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie sich verletzt, wenn ja: Was ist passiert? JA NEIN

Ich bin mit der Übermittlung meiner Befunde an den überweisenden/ mitbehandelnden Arzt einverstanden JA NEIN

Folgende Ärzte sollen den Befund erhalten: _____

Die Einverständnis zur Befundübermittlung kann widerrufen werden.

Einverständniserklärung Kontrastmittel:

Falls erforderlich, willige ich in die Gabe von intravenösem Kontrastmittel ein: JA NEIN

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Frauen im gebärfähigen Alter:

Sind sie schwanger? JA NEIN

Stillen Sie? JA NEIN

AlpRad, den _____ X _____
Datum Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)

von der Praxis auszufüllen: **Laborwerte bei Untersuchungen mit Kontrastmittel:**

Kreatinin: _____ GFR: _____ TSH: _____