

# Computertomographie

Datum .....

Name		Größe	
Vorname		Gewicht	
Geb. Datum		Telefon Nr.	

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und Risiken besser einschätzen zu können, benötigen wir folgende Angaben.

Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. <b>Zuckerkrankheit, Gicht</b> ) oder <b>Erkrankungen der Nieren oder Leber</b> bekannt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie hierfür ein?
Ist eine <b>Schilddrüsenüberfunktion</b> bekannt?  Nehmen Sie Medikamente für die <b>Schilddrüse</b> ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie hierfür ein?
Hatten Sie eine <b>Nieren- oder Lebertransplantation</b> ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Sind Allergien z.B. Pflaster, Nahrungsmittel, Medikamente, insbesondere <b>Jod-Allergie</b> bekannt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Neigen Sie zu <b>Asthma</b> oder <b>Heuschnupfen</b> ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wurde bei Ihnen schon <b>früher</b> einmal eine <b>Computertomographie</b> durchgeführt? <b>In welcher Praxis?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wo, <b>wann</b> und welches Organ?
Traten bei <b>Kontrastmitteluntersuchungen</b> Nebenwirkungen auf?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Haben Sie einen <u>Röntgen- oder Allergiep</u> ass?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Könnten Sie schwanger sein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leiden Sie unter einer <b>Immunschwächeerkrankung</b> (z.B. HIV) oder einer <b>Leberentzündung</b> (Hepatitis)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Wurden <b>im zu untersuchenden Körperbereich</b> bereits <b>Operationen</b> durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welches Organ?  Wann?
Welche <b>Sportarten</b> betreiben Sie?		
Berufliche Tätigkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welche?
<b>bitte wenden</b>		

Welche Beschwerden haben Sie? Welcher Bereich ist betroffen? (Beschwerden bitte <b>genau beschreiben</b> )		
Hatten Sie ein <b>Trauma / einen Unfall</b> (z.B. Sturz o.ä.)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Was ist genau passiert, wann und wo?
<b>Seit wann</b> bestehen diese Beschwerden schon? Hatten Sie diese schon früher ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Datum? Möglichst genau.
Hatten Sie eine <b>Krebs</b> -Vorerkrankung ?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wann? Welche?

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich ausreichend aufgeklärt, nachdem ich alles gelesen und verstanden habe, und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

ja     nein

Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

ja     nein

Haben Sie für die Untersuchung ein Beruhigungsmittel eingenommen?

**Wenn ja**, werde ich von.....nach Hause begleitet.

Hiermit willige ich im Sinne des § 73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Radiologische Praxis Befunde, Daten und Bilder bei weiteren Ärzten einholt und bei mir erhobene Befunde, Daten und Bilder anderen Ärzten, sowie anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung nach § 630a Abs.1 BGB übermittelt. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.  
Ich habe das Recht jederzeit auf Antrag eine Auskunft über die von mir gespeicherten Daten und Einsicht in meine Patientenakte zu erhalten. Meinerseits gilt die Benachrichtigung über Datenspeicherungen gem § 33 BDGS hiermit als erfolgt.

ja     nein

Die Datenschutzbestimmungen finden Sie in den Wartezimmern als Aushang. Bei Bedarf erhalten Sie ein persönliches Exemplar am Patientenempfang. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme und Ihr Einverständnis.

Datum	
Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen	
Unterschrift Begleitperson	