

CT

Datum

Name	Größe
Vorname	Gewicht
Geb. Datum	Telefon Nr.

Welche Beschwerden haben Sie? (Beschwerden bitte beschreiben) Welcher Bereich ist betroffen?		
Hatten Sie ein Trauma / einen Unfall (z.B. Sturz o.ä.)? Hergang bitte Beschreiben (wobei; welcher Körperteil ist betroffen).	☐ ja ☐ nein	
Seit wann bestehen diese Beschwerden schon? Hatten Sie diese schon früher?		
Hatten Sie eine Krebs -Vorerkrankung? Wann? Welche?	☐ ja ☐ nein	
Welche Sportarten betreiben Sie?		

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

Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. Gicht , Zuckerkrankheit) oder Erkrankungen der Nieren oder Leber bekannt?	☐ ja ☐ nein	Welche Medikamente nehmen Sie hierfür ein?
Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?	☐ ja ☐ nein	Welche Medikamente nehmen Sie hierfür ein?
Hatten Sie eine Nieren- oder Lebertransplantation ?	☐ ja ☐ nein	
Besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeitsreaktion / Allergie (z.B. Pflaster, Kontrastmittel), insbesondere Jod-Allergie ?	☐ ja ☐ nein	
Traten bei Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf?	☐ ja ☐ nein	
Neigen Sie zu Asthma oder Heuschnupfen ?	☐ ja ☐ nein	
Haben Sie einen Röntgen- oder Allergiepass ?	☐ ja ☐ nein	

Bitte wenden

Wurde früher schon eine Computertomographie durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	Körperregion? Wann? In welcher Praxis?
Könnten Sie schwanger sein?	☐ ja ☐ nein	
Leiden Sie unter einer Immunschwäche-erkrankung (z.B. HIV) oder einer Leberentzündung (Hepatitis)?	☐ ja ☐ nein	
Wurden <u>im zu untersuchenden Körperbereich</u> bereits <u>Operationen</u> durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	Welches Organ? Wann?
Berufliche Tätigkeit		

Ich 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.
Für Privatversicherte: Wünschen Sie einen ausführlichen Befundbericht? ☐ ja ☐ nein
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	