

Pat. Nr.: \_\_\_\_\_

CT-Unters.: \_\_\_\_\_

U-Datum: \_\_\_\_\_

I.V.-Injektion ja  nein

durchgeführt von.....

CT gefahren von.....

KM: .....NACL:.....

Arzt:.....Faktor.....

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Befund an: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Zutreffendes bitte unterstreichen / ergänzen. Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin), Schlafmittel, Abführmittel, Antibabypille  Nein  Ja

Oder: \_\_\_\_\_

Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, daß Sie an einer der folgenden Organen erkrankt sind oder waren?**

Zutreffendes bitte unterstreichen bzw. ergänzen.

**Kreislauf:** Hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen  Nein  Ja

Oder: \_\_\_\_\_

**Allergien:** (z. B. Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex (falls Sie einen Allergiepaß besitzen, bitte vorlegen)  Nein  Ja

oder: \_\_\_\_\_

**Nieren:** Nierensteine, Nierenentzündung, Dialyse, hoher Kreatinin- oder Harnsäurewert  Nein  Ja

oder: \_\_\_\_\_

**Schilddrüse:** Über- oder Unterfunktion, Kropf, Schilddrüsenoperation  Nein  Ja

oder: \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:** Diabetes (Zuckerkrankheit) Falls ja: Nehmen Sie orale Metformin-haltige  Nein  Ja

Anti-Diabetika (Tabletten) gegen diese Erkrankung ein?

Welche: \_\_\_\_\_

**Herz:** Schwere Einschränkungen der Herzfunktion?  Nein  Ja

**Blutgerinnung:** Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne Verletzung,  Nein  Ja

bzw. Gerinnungsstörung?

Haben Sie eine **ansteckende Blutkrankheit** (z.B. HIV, Hepatitis), wenn ja, welche:  Nein  Ja

\_\_\_\_\_

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?  Nein  Ja

Traten nach früheren Kontrastmitteluntersuchungen Beschwerden auf?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Computertomographie durchgeführt?  Nein  Ja

Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Überfunktionen der Schilddrüse und Einschränkungen der Nierenfunktion können sich verschlechtern.

Im Aufklärungsgespräch mit Herrn Dr. \_\_\_\_\_ wurde u.a. erörtert:

Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikoerhöhende Besonderheiten und evtl. Neben- und Folgeeingriffe bei allergischen Reaktionen. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet.

Vorgesehener Untersuchungstermin \_\_\_\_\_, Ich benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist.

**Erklärung über die Einwilligung:** Nach gründlicher Überlegung willige ich ein in die CT von \_\_\_\_\_ (Körperregion) ggf. einschließlich Kontrastmittel. Mit eventuell erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich einverstanden.

Gemäß § 73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass meine behandelnden Ärzte Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie dieses Bogens.

Baden-Baden, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift v.Patient/-in bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter