

Telefon: 040 - 611 670 50

Dr. med. R. Bechmann
Dr. med. S. Loeck
Dr. med. M. Lorenzen
Dr. med. R. Fresow

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind zur Durchführung einer Computertomographie in unsere Praxis gekommen. Dabei werden Querschnittbilder des Körpers mittels Röntgentechnik hergestellt.

Es ist für die Qualität der Bilder wichtig, dass Sie während der Aufnahmen entspannt und ruhig liegen, und dass Sie die Atemkommandos einhalten.

Häufig ist die Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels intravenös oder als Getränk erforderlich. Dabei sind Allergie und Kreislaufreaktion sehr seltene Nebenwirkungen. Aus juristischen Gründen muss das äußerst seltene Risiko eines Kreislaufstillstandes erwähnt werden. Die Röntgenpraxis ist apparativ und medikamentös ausgestattet, um diese Nebenwirkungen und Risiken zu behandeln.

Vor der Untersuchung benötigen wir folgende Angaben:

Name, Vorname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Straße, Hausnummer		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Postleitzahl	Ort	Geschlecht	
Überweisender Arzt		Telefonnummer	
		Name der Krankenversicherung	

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

▶ Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Bitte zutreffendes ankreuzen

	JA	NEIN
Ist bei Ihnen bereits eine CT durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei Untersuchungen schon Kontrastmittel erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht oder bestand eine Überfunktion der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche Medikamente nehmen Sie für Ihre Schilddrüse? _____		
Sind Sie zuckerkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche Medikamente nehmen Sie gegen Ihre Diabetes? _____		
Besteht eine Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Infektionserkrankung wie z.B. Hepatitis, TBC oder HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bitten um Ihre Unterschrift als Bestätigung Ihres informierten Einverständnisses in die Untersuchung und einer evtl. intravenösen Kontrastmittelgabe.

Ich bin mit der Archivierung dieses Fragebogens in der Röntgenpraxis einverstanden.
(Falls eine Kopie gewünscht wird, teilen Sie dies bitte der betreuenden Röntgenassistentin mit).

Datum	Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters	Arzt
-------	--------------------------------------------------------	------