



Aufklärung über die Kontrastmittelgabe bei der Computertomographie

Bitte beachten Sie:

Bei späterer Abholung von Bildern/Befunden sind unsere Mitarbeiter verpflichtet, Ihren Ausweis einzusehen. Bei einer Abholung durch Dritte ist eine Vollmacht erforderlich.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ, Ort: _____ Straße: _____

Gewicht (kg): _____ Ihre Krankenversicherung: _____

Überweiser/Station: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Durchführung einer Computertomographie an uns überwiesen. Abhängig von der jeweiligen Fragestellung kann es erforderlich sein, ein intravenöses Kontrastmittel zu verabreichen. Hierdurch werden krankhafte Prozesse zuverlässiger erkannt. Dieses Kontrastmittel wird meistens problemlos vertragen. Bei der intravenösen Kontrastmittelgabe kann kurzfristig ein Hitzegefühl auftreten. In extrem seltenen Fällen kann es zu allergischen Reaktionen kommen. Dabei handelt es sich meist um einen vorübergehenden Brechreiz, Juckreiz oder Hautausschlag. In sehr seltenen Fällen kann es jedoch auch zu einer Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Beeinträchtigung kommen.

Bei schweren Funktionsstörungen der Nieren und bestimmten Schilddrüsen-Erkrankungen sollte nur in Ausnahmefällen Kontrastmittel intravenös verabreicht werden.

Bei Untersuchungen des Bauchraumes ist es meistens erforderlich, einige Zeit vor der Untersuchung ein wässriges Kontrastmittel zu trinken, um den Magen-Darmtrakt zu kontrastieren. Dies erhöht die Genauigkeit der Untersuchung.

Wir sind zur Wahrung Ihrer persönlichen Rechte gehalten, Sie über mögliche Komplikationen zu informieren und benötigen zur Kontrastmittelgabe Ihr Einverständnis.

Zuvor bitten wir Sie noch, einige Fragen zu beantworten.

Derzeitige Beschwerden: _____



Bitte ankreuzen

Haben Sie bei einer früheren Röntgenuntersuchung bereits ein Kontrastmittel erhalten (z.B. Herzkatheter, Nierenröntgen, Beinvenendarstellung)? Ja Nein

Sind hierbei Zeichen einer Unverträglichkeit aufgetreten? Ja Nein

Haben Sie eine Allergie (Heuschnupfen, Asthma etc.) oder eine Überempfindlichkeit gegen Pflaster, Medikamente oder Nahrungsmittel? Ja Nein

Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt oder behandelt worden? Ja Nein

Haben Sie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Ja Nein

Werden Sie ggf. mit einem der folgenden Medikamente behandelt? Ja Nein
Antidiabetika vom Typ Metformin, z.B.: Glucophage, Diabetase, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Metformin, Siofor, Thiabet, Met, Glucobon, Diabesin, Biocos

Wurden früher bereits CT- oder MRT-Untersuchungen der zu untersuchenden Körperregion durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, wo und wann? _____

Wurde bei Ihnen eine Gallenblasen-OP durchgeführt? Ja Nein

Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt? Ja Nein

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ungewiss Ja Nein

Patienteninformationsverpflichtung: Dieses Formblatt wird bei uns für 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens auszuhändigen. Wenn Sie aus Gründen des Umweltschutzes darauf verzichten wollen, bitte hier ankreuzen:

Ich benötige keine Kopie

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Unterschrift Arzt

Unterschrift des/r Patienten/in (bzw. Erziehungsberechtigten)

Datenschutz: Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnden Ärzte oder konsiliarische Ärzte einen Befund erhalten und die bei mir festgestellten Bilder und Befunde an mich oder mitbehandelnde Ärzte per Brief, Fax, hybrider Zustellung per epost, Zuweiserportal oder gesicherter Email weitergeleitet werden dürfen und die Bilder für diese Ärzte zugänglich gemacht werden. Gemäß DSGVO bin ich mit der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner Daten im Rahmen der Bildauswertung, Befunderstellung und Befundverteilung einverstanden.