



Zum Termin bitte Voraufnahmen, Befunde, ggf. Operationsberichte und ein großes Handtuch mitbringen.

WICHTIG: Eine CT-Untersuchung ist mit einer höheren Strahlenbelastung verbunden als eine Röntgenuntersuchung. Die Dosis wird jedoch so gering wie medizinisch erforderlich gehalten.

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Für Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft? Stillen Sie?**Nein ☐ Ja ☐

Im Falle einer Schwangerschaft sollte keine Untersuchung durchgeführt werden.

Für Männer: Die Verwendung einer Hodenkapsel ist bei einem Alter bis zu 60 Jahren sinnvoll. Die Strahlenbelastung ist für die Gonaden bei jeder CT-Untersuchung besonders zu berücksichtigen.

Möchten Sie sich für die Untersuchung eine Hodenkapsel anlegen?

Nein ☐ Ja ☐**Hatten Sie Operationen im zu untersuchenden Bereich?**Nein ☐ Ja ☐, was wurde wann operiert?**Leiden/Litten Sie an einer Krebserkrankung?**Nein ☐ Ja ☐, welche? _____**Sind bei einer OP Lymphknoten entfernt worden?**Nein ☐ Ja ☐, wann? _____**Wurden Sie bestrahlt?**Nein ☐ Ja ☐, wann? _____**Erhalten/ Erhielten Sie eine Chemotherapie?**Nein ☐ Ja ☐, wann? _____**Haben Sie Gewicht verloren oder zugenommen?**Nein ☐ Ja ☐, welcher Zeitraum, wie viel kg?

_____ kg zugenommen

_____ kg abgenommen

Sind Sie Raucher?Nein ☐ Ja ☐, seit wann? _____**Wann wurde Ihre Lunge zuletzt geröntgt?** _____**Wann wurde Ihre Wirbelsäule zuletzt geröntgt?** _____**Welche Beschwerden haben Sie?** _____

Seit wann? _____

Datenschutz & Befundweitergabe☐ Elektronische Befundübermittlung an überweisenden Arzt☐ Befundkopie an **max. einen** weiteren Arzt, _____**Einwilligung**☐ Ich bin mit der Röntgenuntersuchung einverstanden.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Patient/in oder Bevollmächtigte/r: _____



Zum Termin bitte Voraufnahmen, Befunde, ggf. Operationsberichte und ein großes Handtuch mitbringen.

Kontrastmittel – Aufklärung & Fragen

Früher Kontrastmittel erhalten	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____
Reaktion auf Kontrastmittel	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____
Allergien oder Histaminintoleranz	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____
Nieren-, Leber- oder Herzschwäche	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____
Schilddrüsenerkrankung	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____
Diabetes/ Diabetes- Medikamente	Nein ☐	Ja ☐	Welche? _____

Kreatininwert bekannt _____ **vom** _____
TSH bekannt _____ **vom** _____

KONTRASTMITTEL: Bei der Computertomographie kann ein jodhaltiges Kontrastmittel in eine Vene gespritzt werden, um Organe, Gefäße und Entzündungen besser darstellen zu können.

MÖGLICHE NEBENWIRKUNGEN:

- Häufig: Wärme- oder Hitzegefühl, metallischer Geschmack, leichter Brechreiz
- Gelegentlich: Hautausschlag, Juckreiz, Übelkeit, Erbrechen
- Selten: Kreislaufreaktionen, Atemnot, Blutdruckabfall
- Sehr selten: schwere allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock

SCHILDDRÜSE: Nach jodhaltigem Kontrastmittel kann es zu einer Überfunktion der Schilddrüse kommen (Herzrasen, Unruhe). Symptome können auch verzögert auftreten. Bei entsprechenden Beschwerden bitte unverzüglich ärztlich vorstellen.

NIERENFUNKTION: Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion kann sich die Nierenleistung vorübergehend verschlechtern. Bitte trinken Sie nach der Untersuchung ausreichend Flüssigkeit.

Einwilligung Kontrastmittel (Pflichtfeld)

- ☐ Ich willige in die CT-Untersuchung **einschließlich Kontrastmittel** ein.
- ☐ Ich lehne die Gabe von Kontrastmittel ab und weiß, dass sich die Beurteilung erschweren kann.

Dokumentation Aufklärungsgespräch

Datum, Unterschrift Arzt

Unterschrift (Pflichtfeld)

Ort / Datum: _____

Unterschrift Patient/in oder Bevollmächtigte/r: _____