

Einwilligung Computertomographie

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Telefon (tagsüber) / Mobil

E-mail

Überweisender Arzt

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Private Krankenversicherung

Selbstzahler

Name der Versicherung

Versicherungsnehmer

Gewicht

Größe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Computertomograph fertigt Röntgen-/Querschnittsbilder von Körperabschnitten an.
Unsere Computertomographie verfügt über ein Niedrigdosis-Modul, z.B. lassen sich durch den
„Step & Shoot“-Algorithmus bis zu 80% der Strahlendosis einsparen.

Um die Aussagefähigkeit der Untersuchung zu verbessern, ist es in der Regel notwendig ein
jodhaltiges Kontrastmittel zu verabreichen. Dieses ist in der Regel sehr gut verträglich, jedoch
können sehr selten Übelkeit, Niesreiz, Hautreizungen und Erbrechen auftreten. Bei Applikation
kann es vereinzelt zu einem Wärmegefühl kommen. Im Falle einer Kontrastmittelgabe sollten Sie
viel trinken (Tee oder Mineralwasser), um die Ausscheidung über die Nieren zu beschleunigen.

Nach Einnahme eines Kontrastmittelgetränkes kann es manchmal zu Durchfall kommen.

1. Haben Sie bereits ein jodhaltiges Kontrastmittel erhalten?

Nein Ja

Wenn ja, bei welcher Untersuchung?

Sind dabei Nebenwirkungen aufgetreten?

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

2. Besteht bei Ihnen eine Allergie (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Nahrungsmittel), Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster, örtliche Betäubungsmittel?

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

3.1. Überfunktion oder Knoten in der Schilddrüse

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

aktueller TSH-Wert _____

3.2. Nierenerkrankungen

Nein Ja

aktueller Kreatinin-Wert _____

3.3. Zuckerkrankheit (Diabetes)

Nein Ja

Nehmen Sie ein **metforminhaltiges Medikament** ein?
Dieses muss 24 Stunden vor der Untersuchung abgesetzt werden.

Mitgebrachte Unterlagen / Voraufnahmen / CD's händigen Sie bitte mit dieser Einverständniserklärung unserer Mitarbeiterin am Empfang aus. Im Anschluss an die Untersuchung erhalten Sie Ihre Unterlagen selbstverständlich wieder zurück.

3.4. Tumorerkrankungen

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

3.5. Bluterkrankungen (z. B. Leukämie)

Nein Ja

3.6. Asthma

Nein Ja

3.7. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, HIV)

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

3.8. Anfallsleiden? (z. B. Epilepsie)

Nein Ja

3.9. „Grüner Star“ oder erhöhter Augeninnendruck?

Nein Ja

4. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente?

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

5. Ist die zu untersuchende Region bereits früher untersucht worden?

Nein Ja

Wenn ja, wann? _____

Wo (Arzt, Klinik)? _____

Voraufnahmen? _____

6. Sind Sie schwanger?

Nein Ja

Der Berechnung der Honorarleistung liegt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 01.01.1996 zugrunde (inkl. Ziffer 1+75). Der Ausgleich des Betrages ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung.

Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein.
Einer Informations- und Befundweitergabe an Dritte stimme ich zu (z.B. weitere Zuweiser, Kliniken etc.).

_____ München, den

_____ Unterschrift

