

# Aufklärungsbogen Computertomographie mit Kontrastmittel

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt  
(z. B. Erhöhung des Kreatininwertes)?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

2. Ist bei Ihnen eine Jod- oder Kontrastmittelallergie bekannt?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

3. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

4. Ist bei Ihnen ein Plasmozytom/multiples Myelom bekannt?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

5. Ist bei Ihnen ein Diabetes bekannt?  
Nehmen Sie hierfür Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

7. Sind Sie starker Allergiker oder starker Asthmatiker?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

8. Haben Sie ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV)?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

9. Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

10. Darf der Befund an den überweisenden Arzt oder an andere  
anfordernde Kollegen versandt werden?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

11: Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

12: Möchten Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens haben?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

Gewicht \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Antworten und dass ich das Informationsblatt gelesen, verstanden und keine weiteren Fragen habe.  
Hiermit willige ich in die Untersuchung ein.

\_\_\_\_\_  
Datum:

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt