Aufklärungsbogen Computertomographie

Praxis Radiologie
Medizinisches Versorgungszentrum Mülheim

Name:_____**Vorname:**_____**Geb.Datum:**_____

Telefonnummer:_____

1.: Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt (z.B. Erhöhung des Kreatininwertes)? | **Nein** | | **Ja** | |

2.: Ist bei Ihnen eine Jod- oder Kontrastmittelallergie bekannt? | **Nein** | | **Ja** | |

3.: Ist bei Ihnen eine Schilddrüsen**über**funktion bekannt? | **Nein** | | **Ja** | |

4.: Ist bei Ihnen ein Plasmozytom/multiples Myelom bekannt? | **Nein** | | **Ja** | |

5.: Ist bei Ihnen ein Diabetes bekannt? | **Nein** | | **Ja** | |
Nehmen Sie hierfür Medikamente ein?
Wenn ja, welche?_____

7.: Sind Sie starker Allergiker oder starker Asthmatiker? | **Nein** | | **Ja** | |

8.: Haben Sie ansteckende Krankheiten (Hepatitis?, HIV?)? | **Nein** | | **Ja** | |

9.: Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt? | **Nein** | | **Ja** | |

10.: Darf der Befund an den überweisenden Arzt, oder an andere anfordernde Kollegen versandt werden? | **Nein** | | **Ja** | |

11.: Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. | **Nein** | | **Ja** | |

12.: Möchten Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens haben? | **Nein** | | **Ja** | |

13.: Im Falle einer Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus/in einer anderen Praxis, bin ich mit der Übermittlung von notwendigem Bildmaterial und Befunden dorthin einverstanden. | **Nein** | | **Ja** | |

Gewicht? _____ **Größe?** _____

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.

_____ X_____ _____

Datum: Unterschrift Patient Unterschrift Arzt

Diesen Aufklärungsbogen geben Sie bitte der Mitarbeiterin, die Sie zur Untersuchung aufruft!