

Praxis im Medicenter am OEZ, Hanauerstr. 65, 80993 München
Praxis Unterschleißheim, Alfred-Nobel-Str. 1, 85716 Unterschleißheim
Praxis Feldmoching, Josef-Frankl-Str. 23, 80995 München

Einverständniserklärung zur Computertomografie (CT)

Name, Vorname _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist die Durchführung einer Computertomografie erforderlich. Dabei bewegt sich eine Röntgenröhre mit Meßsystem um Ihren Körper. Es entstehen Schichtaufnahmen zur Beurteilung der inneren Organe.

Bei manchen Fragestellungen ist es erforderlich, zusätzlich Kontrastmittel in die Venen zu spritzen. Hierbei kommt es selten zu einem Bluterguss an der Einstichstelle oder zu einer Infektion.

Bei Überempfindlichkeit auf das jodhaltige Kontrastmittel können Übelkeit, Juckreiz, Hautausschlag oder leichtere Reaktionen auftreten. Schwerwiegende Reaktionen (Atemstörung, Herz-Kreislaufreaktion) sind extrem selten.

Bitte melden Sie sich ausdrücklich bei bestehenden Unklarheiten und bei folgenden, Ihnen bekannten Erkrankungen:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (ankreuzen):

Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente?

Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung?

Nehmen Sie das Medikament Metformin (Glucophage) ein?*

Tragen Sie eine Zahnprothese?

Haben Sie eine Allergie gegen Jod oder Kontrastmittel?

Hatten Sie eine Allergie bei einer Kontrastmitteluntersuchung?

Sind andere Allergien bekannt?

Haben Sie AIDS, HIV oder Hepatitis?

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

* Metformin soll bei einer Niereninsuffizienz für 2 Tage abgesetzt werden.

JA NEIN

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wieviel kg wiegen Sie?

_____ kg

Wie groß sind Sie?

_____ cm

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Computertomografie ein.
Ich verzichte auf eine Bedenkzeit von 24 Stunden.

München, den _____

Unterschrift Patient/-in _____