



Patientenaufklärung zur CT

Bitte beachten Sie: Bei späterer Abholung von Bildern oder schriftlichen Befunden sind wir verpflichtet, Ihren Ausweis zu prüfen. Bei einer Abholung durch Dritte ist eine schriftliche Vollmacht erforderlich.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Gewicht (kg):

Körpergröße (cm):

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient*,

Sie wurden zur Durchführung einer Computertomographie (CT) zu uns überwiesen. Hierbei handelt es sich um ein Untersuchungsverfahren, bei dem durch Röntgenstrahlung Bilder der untersuchten Körperregionen erzeugt wird. Ihr Arzt prüft im Vorfeld, ob die geplante Untersuchung zur Beantwortung der Fragestellung geeignet ist oder es sinnvolle Alternativen gibt. Teilen Sie uns bitte unbedingt vor Untersuchungsbeginn mit, ob Sie schwanger sind oder sein könnten.

Untersuchungsablauf

Sie liegen während der Untersuchung auf einer speziellen Liege, die während der Untersuchung ggf. mehrfach durch die weite ringförmige Öffnung des Computertomographen (CT) gefahren wird. Hier ist es hell, gut belüftet und der Ring ist an beiden Enden offen. Liegen Sie während der Untersuchung ruhig und entspannt. Durch Ihre Mitarbeit kann die Untersuchungsdauer verkürzt und die Qualität der Aufnahmen verbessert werden. Sollten Sie unter starker Klaustrophobie („Platzangst“) leiden, sprechen Sie uns bitte im Vorfeld darauf an. Während der Untersuchung können wir Sie hören und sehen. Die Untersuchung dauert abhängig von der zu untersuchenden Körperregion und Fragestellung etwa 5-15 Minuten.

Bitte schildern Sie kurz Ihre aktuellen Beschwerden, falls vorhanden:

* Zur besseren Lesbarkeit sprechen wir Sie an, auch wenn die Untersuchung bspw. bei Ihrem Kind durchgeführt werden soll, und verwenden bei Berufs- oder Personenbezeichnungen teils ausschließlich die maskuline Form.

Vermeidung von Risiken

Zur Minimierung von Risiken beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Wurde bereits eine CT oder MRT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt? Ja ☐ Nein ☐

Wurde im Bereich der zu untersuchenden Körperregion operiert? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja: Was genau?

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? Unsicher ☐ Ja ☐ Nein ☐
Patientinnen mit kleinen Kindern: Stillen Sie zurzeit? Ja ☐ Nein ☐

Ggf. Anmerkungen des Arztes:

Patienteninformationsverpflichtung: Dieses Formblatt wird bei uns für 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens auszuhändigen. Wir würden aus Gründen des Umweltschutzes darauf verzichten, wenn Sie dennoch eine Kopie des Aufklärungsbogens benötigen, bitte hier ankreuzen:

Ich benötige eine Kopie ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Ich fühle mich mündlich und schriftlich über Risiken und Nutzen der Untersuchung ausreichend aufgeklärt und hatte ausreichende Bedenkzeit. Offene Fragen habe ich keine.

Datum

Unterschrift Patient,
Erziehungsberechtigter oder
Bevollmächtigter



Zusatzfragebogen zu Beschwerden und Schmerzen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Befunderstellung und besseren Interpretation benötigen wir von Ihnen einige Informationen.
Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig aus.

Was ist ihr aktueller und ggf. früherer Beruf?

Welche Beschwerden führen Sie in unsere Praxis?

Seit wann bestehen diese Beschwerden?

Seit dem ____ o Seit ____ Tagen o Seit ____ Wochen o Seit ____ Jahren o

Wie oft treten diese Beschwerden auf?

Falls Sie Schmerzen haben: Wie stark ist der Schmerz ausgeprägt (Ihre persönliche Einschätzung)?

Kein Schmerz

Schlimmster vorstellbarer
Schmerz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie haben sich die Beschwerden zuletzt entwickelt?

Zunehmend o

Abnehmend o

Gleichbleibend o

Gibt es eine Ursache für die Beschwerden?

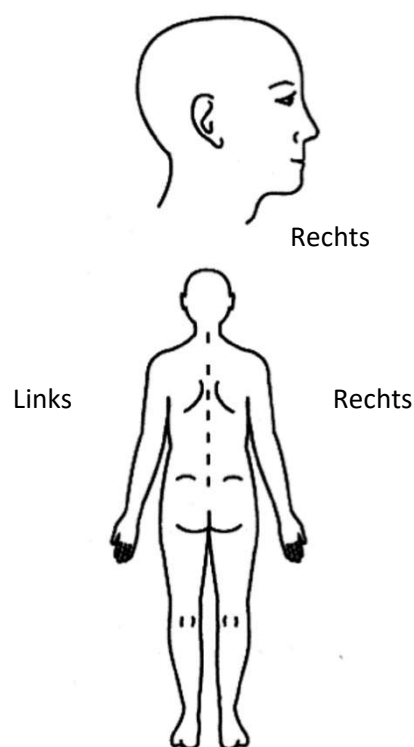
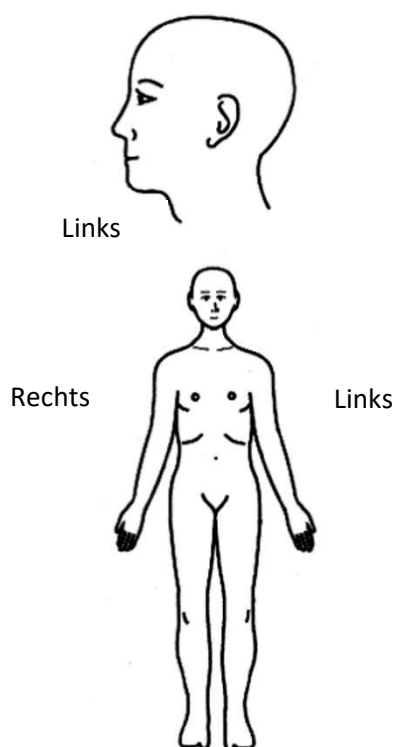
Wurde im Bereich der zu untersuchenden Körperregion bereits operiert?

Ja o

Nein o

Falls ja: Was genau? Wann?

Bitte zeichnen Sie in dem folgenden Schema ein, wo in Ihrem Körper die Beschwerden auftreten. Bitte zeichnen Sie ein Kreuz („X“) für umschriebene Beschwerden, einen Kreis („O“) für diffuse Beschwerden und einen Pfeil („->“) für ausstrahlende Schmerzen.



Datum

Unterschrift Patient,
Erziehungsberechtigter oder
Bevollmächtigter