

Termin: \_\_\_\_\_ Ankunft: \_\_\_\_\_

**Telefon-/Handynummer:**

.....

E-Mail: .....

Angaben, falls mit den o.g. nicht identisch

.....

Bei Familienversicherung: (Name, Geb., Anschrift)

.....

**(nicht vom Patienten auszufüllen)**

..... / .....

CD ..... Papier .....

Injektion .....

Orales KM .....

♂  ♀  ♂♀  G

Größe \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie alte Bilder oder Befunde des betr. Körperteils dabei? nein  ja

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? nein  ja

Haben Sie einen behandelnden Onkologen (Spezialist für Krebserkrankungen)? nein  ja

Wenn ja, welcher?: \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens. nein  ja

**Einwilligungserklärung zur Befundübermittlung**

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass bei mir erhobene Befunde an meine behandelnden Ärzte übermittelt und auch Befunde anderen Leistungsbringern eingeholt werden dürfen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die o.a. Einwilligungen jederzeit widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Über die Verarbeitung meiner Daten gem. Art. 13 DSGVO wurde ich informiert und bin mit der Verarbeitung einverstanden.

**Vollmacht zur Abholung von Patientenunterlagen**

Bevollmächtigt zur Abholung von Dokumenten aus der Praxis sind folgende Personen:

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Nachname, Geburtsdatum)

Hannover, den ..... Unterschrift Patient/in /Betreuer/in .....

**Bei fehlender Überweisung/Versicherungskarte**

Ich bin Mitglied bei der \_\_\_\_\_ Krankenkasse und verpflichte mich, den erforderlichen Überweisungsschein/Versicherungskarte innerhalb von 3 Tagen nachzuliefern. Ich wurde informiert, dass anderenfalls für die Behandlung eine private Verrechnung erfolgt. Die Befundübermittlung erfolgt erst nach Eingang der ausstehenden Unterlagen.

Hannover, den ..... Unterschrift Patient/in / Betreuer/in .....

## Einverständniserklärung zur Computertomographie (CT)/Röntgen

Aus diagnostischen Gründen ist bei Ihnen eine Computertomographie bzw. Röntgen erforderlich. Die Computertomographie bzw. das Röntgen verwendet Röntgenstrahlen, um ggf. Schichtaufnahmen des Körpers zu erstellen. In Abhängigkeit von der klinischen Fragestellung wird Ihnen ein jodhaltiges Kontrastmittel in die Armvene gespritzt. Während der Injektion kommt es zu einem kurzzeitigen Wärmegefühl, was jedoch harmlos ist. Das Kontrastmittel kann einen Einfluss auf die Funktion der Schilddrüse und der Nieren haben, deshalb benötigen wir aktuelle Laborwerte (TSH-Wert, Kreatin-Wert).

Im Allgemeinen wird das Kontrastmittel gut vertragen. Selten kann es jedoch zu allergischen Reaktionen (Breachreiz, Hautausschlag, Juckreiz u. ä. Reaktionen) kommen. Falls sich diese Erscheinungen nicht von selbst zurückbilden, werden wir Ihnen ein Medikament gegen diese allergische Reaktion verabreichen. Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe, Organverlust oder des Kreislaufes sind selten. Schwere lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten. Auch lokale Komplikationen durch die Punktion von Gefäßen oder Gelenken (Paravasat, Infektion, Blutung, Nervenschädigung) sind sehr selten.

### Zur Risikoabwägung bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kontrastmitteluntersuchung durchgeführt?  
(CT, Röntgenuntersuchung der Nieren, Herzkatheter, DSA) nein  ja
2. Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelunverträglichkeit oder Jodallergie bekannt? nein  ja
3. Ist bei Ihnen eine Funktionsstörung der Schilddrüse bekannt? nein  ja   
Wenn, ja Welche? \_\_\_\_\_
4. Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt? nein  ja
5. Haben Sie Diabetes und nehmen Sie Metformin- haltige Medikamente  
dagegen ein? nein  ja
6. Wenn ja, haben Sie diese 3 Tage vorher abgesetzt? nein  ja
7. Ist bei Ihnen ein allergisches Asthma bekannt? nein  ja
8. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen  
(z.B. Marcumar, ASS)? nein  ja
9. Haben Sie eine Infektionskrankheit z.B. Hepatitis, Aids, HIV, TBC, MRSA?  
Wenn, ja Welche? \_\_\_\_\_ nein  ja
10. Ist bei Ihnen eine Histaminintoleranz bekannt? nein  ja
11. Sind Sie mit einer ggf. notwendigen Kontrastmittelgabe durch MTRA/MFA/Arzt  
einverstanden? (Entzündungen, Tumore können sonst ggf.  
nicht erkannt werden) nein  ja

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Möglichkeit besteht, mich bei weitergehenden Fragen zu der Untersuchung an unser ärztliches Personal der Praxis zu wenden.

Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Hannover, den ..... Unterschrift Patient/in, ggf. Betreuer/in .....