

Pat.-Nr.:  I.V.-Injektion:  Ja  Nein  
 CT –  durchgeführt von:   
 Datum:  CT gefahren von:   
 Arzt:  Faktor:  KM:  NACL:

Nachname:   
 Vorname:   
 Geb.-Datum:  Körpergewicht:  kg  
 Tel.-Nummer:   
 Adresse:   
 Krankenkasse:  Standardtarif:  Ja  Nein  
 Befund an:

	JA	NEIN
Nehmen Sie Medikamente ein? Zutreffendes bitte unterstreichen/ergänzen. Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin), Schlafmittel, Abführmittel, Antibabypille oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Zahnprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, dass Sie an einem der folgenden Punkte/Organe erkrankt sind oder waren?		
<b>Kreislauf:</b> Hoher Blutdruck, Atemnot beim Treppensteigen oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien:</b> z. B. Heuschnupfen, Asthma oder Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln, Medikamenten, Pflaster, Latex (falls Sie einen Allergiepass besitzen, bitte vorlegen) oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nieren:</b> Nierensteine, Nierenentzündung, Dialyse, hoher Kreatinin- oder Harnsäurewert oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schilddrüse:</b> Über- oder Unterfunktion, Kropf, Schilddrüsenoperation oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herz:</b> Schwere Einschränkungen der Herzfunktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Stoffwechsel:** Diabetes (Zuckerkrankheit)  
Falls ja: Nehmen Sie orale Metformin-haltige  
Anti-Diabetika (Tabletten) gegen diese Erkran-  
kung ein? Welche?

JA NEIN

**Blutgerinnung:**  
Häufiges Nasenbluten, Blutergüsse auch ohne  
Verletzung, bzw. Gerinnungsstörung?

JA NEIN

Traten nach früheren Kontrastmittelunter-  
suchungen Beschwerden auf?  
Wenn ja, welche?

JA NEIN

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Computer-  
tomographie durchgeführt?  
Wenn ja, wann und wo?

JA NEIN

Nur für Frauen:  
Besteht eine Schwangerschaft?

JA NEIN

Überfunktionen der Schilddrüse und Einschränkungen der  
Nierenfunktion können sich verschlechtern.  
Im Aufklärungsgespräch mit Herrn Dr. \_\_\_\_\_  
wurde u.a. erörtert: Wahl des Verfahrens, Vor- und Nachteile  
gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen,  
risikoerhöhende Besonderheiten und evtl. Neben- und Folge-  
eingriffe bei allergischen Reaktionen.  
Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beant-  
wortet.  
**Vorgesehener Untersuchungstermin:** \_\_\_\_\_  
Ich benötige keine zusätzliche Überlegungsfrist.

### Erklärung über die Einwilligung:

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die  
CT der/des (Körperregion)

ggf. einschließlich Kontrastmittel ein.

Mit eventuell erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin  
ich einverstanden.

Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie dieses Bogens.

Gemäß § 73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit bis auf Widerruf  
ein, dass meine behandelnden Ärzte Befunde bei weiteren  
Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde  
mitbehandelnden Ärzten übermitteln.

Baden-Baden, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt