



Aufklärungsbogen für Patienten zur Computertomographie (CT)

Name: Vorname:

Geboren am: Gewicht: kg Größe.....cm

Telefonnummer:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Computertomographie ist ein dreidimensionales Röntgenverfahren, mit dem detaillierte Querschnittsbilder von Ihrem Körper erstellt werden. Hiermit können wir mögliche Ursachen für Ihre Beschwerden erkennen, zusätzliche Informationen zu einer bereits bekannten Erkrankung gewinnen und bestimmte Erkrankungen ausschließen.

Untersuchungsablauf

Röntgenstrahlen können prinzipiell Gewebe schädigen. Die im Bereich der diagnostischen Anwendung liegenden Strahlendosen sind jedoch gering. Wir überprüfen die rechtfertigende Indikation kritisch und führen mit unserem modernen CT-Scanner auch Niedrigdosisuntersuchungen durch.

Um die Bildqualität zu verbessern legen Sie bitte metallische Gegenstände ab und liegen Sie während der Untersuchung ruhig, bewegen Sie sich bitte nicht während der Untersuchung. Die Untersuchungsliege bewegt sich durch einen weiten Ring. Jederzeit können Sie mit uns in Kontakt treten, Sie werden gesehen und gehört. und befolgen Sie die Anweisungen unserer medizinisch- technischen RadiologieexpertInnen. Die gesamte Untersuchung inkl. Planung dauert ca. 10 min.

Je nach medizinischer Fragestellung kann die CT Untersuchung nativ, also ohne Kontrastmittel bereits ausreichend sein. Abhängig jedoch von der jeweiligen Fragestellung kann es erforderlich sein, ein jodhaltiges Röntgenkontrastmittel in eine oberflächliche Vene zu verabreichen um die erforderliche Aussagekraft der Untersuchung zu erreichen. **Das Kontrastmittel wird in der Regel sehr gut vertragen.**

Um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu erleichtern, empfehlen wir nach der Untersuchung reichlich zu trinken.

Kontrastmittel

Wie bei allen Medikamenten kann es auch zu unerwünschten und allergischen Reaktionen bei der Gabe von Kontrastmittel kommen.

Bei der intravenösen Kontrastmittelgabe kann häufiger ein kurzfristiges und harmloses Hitzegefühl auftreten. Ausnahmsweise, z.B. bei schwachen Venen kann das Kontrastmittel in das Gewebe austreten und dieses schädigen oder ein Hämatom (blauer Fleck) um den Injektionsbereich verursachen.

In sehr seltenen Fällen kann es zu **allergischen Reaktionen** kommen. Diese äußern sich meist in Form eines Juckreizes oder Hautausschlages.

Schwere Komplikationen sind extrem selten. In extrem seltenen Fällen kann es z.B. zu einer Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Beeinträchtigung bis hin zum Schock kommen.

Bei schweren Funktionsstörungen **der Nieren** oder einer **SchilddrüsenÜBERfunktion** kann Kontrastmittel nur in Ausnahmefällen intravenös verabreicht werden. Wir benötigen in diesen Fällen bitte Ihre aktuellen Laborwerte (Nierenwert Kreatinin und Schilddrüsenwert TSH).



Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung nach DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zur optimalen Unterstützung Ihrer Behandlung bitten wir um Vorlage vorhandener Voruntersuchungen, sofern diese nicht bei uns in der Radiologie durchgeführt wurden. Darüber hinaus bitten wir Sie um ihr Einverständnis um Ihre radiologischen Aufnahmen sowie andere relevante Informationen unter Berücksichtigung der geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen im Sinne von Art.32 DSGVO zur Weiterbehandlung an Ihre überweisenden oder weiterbehandelnden Ärzte oder zur Einholung einer Zweitmeinung oder einer Expertenmeinung an einen spezialisierten Arzt oder ein medizinisches Zentrum digital übermitteln zu dürfen. Darüber hinaus möchten wir Sie um Ihre Zustimmung bitten, dass ihre Bilddaten und Befunddaten in anonymisierter oder pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet und z.B. insbesondere an Doktoranden oder wissenschaftlichen Mitarbeiter weitergegeben werden können.

Patienteninformationsverpflichtung:

Diese Unterlage wird bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens anzubieten. Wenn Sie aus Gründen des Umweltschutzes darauf verzichten möchten, bitte hier ankreuzen:

Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens.

Einwilligungserklärung:

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt aus der Radiologie Berlin Schöneberg meine radiologischen Aufnahmen und relevante Informationen (wie Ihren Befundbericht, Krankengeschichte, Laborwerte, Laborergebnisse und weitere medizinische Befunde) und andere Daten über meine Person (Name, Vorname, ...) an meine behandelnden Ärzte bzw. Klinik oder zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung übermitteln kann. Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte sowie die beteiligten Ärzte hierfür von der ärztlichen Schweigepflicht. Außerdem willige ich der Datenverarbeitung für oben angegebenen Zwecke im Rahmen von wissenschaftlichen Auswertungen in anonymisierter oder pseudonymisierter Form zu. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig. Ich kann sie jederzeit schriftlich oder in anderer Textform ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise gegenüber der Praxis widerrufen. Nach Eingang des Widerrufs erfolgt keine weitere Übermittlung meiner Daten. Die Verarbeitung meiner Daten bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt rechtmäßig. Ein Widerruf oder die Nichterteilung meiner Zustimmung hat keine negativen Auswirkungen auf meine Behandlung in der Radiologie Berlin Schöneberg. Allerdings könnte dann der Befund an den behandelnden Kollegen und/oder eine Expertenmeinung oder Zweitmeinung dann nicht mehr eingeholt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung bzw. eventuellen Kontrastmittelgabe und der Datenverarbeitung einverstanden.

Datum: Unterschrift:
Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter/e

.....
Unterschrift Arzt



Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Ihr Name?
Aktuelle Beschwerden?
Seit wann bestehen die Beschwerden?

	Ja	Nein
Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Unfall / Sturz , der mit der heutigen Untersuchung zusammenhängt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie im Untersuchungsbereich operiert ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann und weshalb?		
Liegt eine bekannte Tumor- bzw. Krebserkrankung vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis, TBC, AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Besteht eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten, Pflaster oder Nahrungsmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Traten bei früheren jodhaltigen CT - Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Traten bei früheren MRT - Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Besteht eine starke Einschränkung der Nierenfunktion oder eine andere Nierenerkrankung ? Nehmen Sie Antidiabetika vom Typ Metformin ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	aktuelle Laborwerte bitte vorlegen	
Ist bei Ihnen eine Störung der Schilddrüsenfunktion bekannt oder behandelt worden? (Überfunktion, Unterfunktion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?	aktuelle Laborwerte bitte vorlegen	
Frauen im gebärfähigen Alter; Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte nur bei MRT-Untersuchung ausfüllen!

	Ja	Nein
Wurden bei Ihnen eines der folgenden Geräte implantiert? Implantatausweis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher / Defibrillator (AICD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstlicher Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäßclips (Aneurysma-Clips) im Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäßstützen (Stents)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innenohrprothese (Cochlear Implant), Mittelohrprothese (Gehörknöchelchenersatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimulationssonden, z.B. Parkinson-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentenpumpen; z.B. Insulinpumpe, Schmerzmittelpumpe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventrikleshunt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahnsperre, Piercing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanent-Make-up / Tätowierungen - Haarfärbespray	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metallsplitter und – Fremdkörper - metallverarbeitender Beruf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Port Katheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Künstliche Gelenke (Knie, Hüfte, Schulter), Gliedmaßenprothesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intrauterinpeppar („Spirale“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum: Unterschrift: