



**Aufklärungsbogen für Patienten zur Computertomographie (CT)  
nativ**

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 können.

**Untersuchungsablauf**

Um die Bildqualität zu verbessern legen Sie bitte metallische Gegenstände ab und liegen Sie während der Untersuchung möglichst ruhig. Die Untersuchungsliege bewegt sich durch einen weiten Ring. Jederzeit können Sie mit uns in Kontakt treten, Sie werden gesehen und gehört.

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 Niedrigdosisuntersuchungen durch.

**Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden.**

.....

Seit <b>wann</b> bestehen die Beschwerden? Trauma? Unfall? .....	Ja	Nein
<b>Wurde bereits eine CT oder MRT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann und wo? <i>Voraufnahmen bitte vorlegen</i>		
<b>Wurden Sie im Untersuchungsbereich operiert?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann und weshalb?		
<b>Liegt eine bekannte Tumor- bzw. Krebserkrankung vor?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
<b>Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Datenschutz:**

Ich bin damit einverstanden, dass die radiologischen Untersuchungsergebnisse meinem/r überweisenden Arzt/Ärztin bzw. der überweisenden Klinik übermittelt werden und dass mein Hausarzt und andere mich behandelnde Ärzte die für die radiologische Behandlung erforderlichen Daten und Befunde übermitteln. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärungen jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

**Patienteninformationsverpflichtung:**

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

**Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens**

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

**Datum**..... **Unterschrift** .....

Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter/e

.....

Unterschrift Arzt