

Computertomographie ohne Kontrastmittel

Patientenaufklärung

Voraufnahmen

wird von curavid ausgefüllt

Name / Vorname: _____**geb. am:** _____**Telefon:** _____**Größe:** _____**Gewicht:** _____**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Ihr Arzt hat Ihnen die Durchführung einer CT (Computertomographie) empfohlen. Die Computertomographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, bei der Querschnittsbilder einer Körperregion angefertigt werden. Während der Untersuchung liegen Sie auf einem Untersuchungstisch, der sich durch eine breite ringförmige Öffnung (keine Röhre!) bewegt. Die Untersuchung dauert nur wenige Minuten und verursacht keine Schmerzen.

Die bei einer Computertomographie verabreichte Strahlendosis ist von verschiedenen Faktoren abhängig, insbesondere von der Untersuchungsregion und der Fragestellung. Sie ist aber höher als beim „normalen Röntgen“. Alternative Untersuchungen können der Ultraschall oder die Kernspintomographie sein. Der überweisende Arzt und der Radiologe haben Nutzen und Risiken der Computertomographie in Ihrem Falle sorgfältig geprüft und abgewogen.

Bitte beachten Sie auch das im Wartebereich ausliegende Informationsblatt „Nutzen und Risiko medizinischer Strahlenanwendungen in der Medizin“ des Fachverbands für Strahlenschutz e.V..

Nach der Untersuchung bekommen Sie einen QR-Code und einen Zugangslink, über die Sie und Ihr behandelnder Arzt die Bilder und den Befund abrufen können. Unabhängig davon bekommt Ihr zuweisender Arzt den Befund elektronisch zugestellt.

Bitte beantworten Sie zu Ihrer und unserer Sicherheit folgende Fragen:

Gibt es von dem heutigen Untersuchungsbereich bereits Bilder? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: wann und wo?

.....

Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: was und wann?

.....

Könnte aktuell eine Schwangerschaft vorliegen? ☐ ja ☐ nein

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. ☐ ja ☐ nein

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden? ☐ ja ☐ nein

Falls Sie Fragen zu der Untersuchung haben, wenden Sie sich bitte jederzeit an uns!

.....
Datum, Unterschrift Patient/Patientin

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

.....
Ggf. Name/Vorname/Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in