

Was ist eine CT (Computertomographie)?

Die Computertomographie ist eine Röntgenuntersuchung, mit der Körperregionen als Querschnittsbilder dargestellt werden.

Was müssen Sie vor der Untersuchung beachten?

Bei einer Untersuchung des Gehirnes, der Lunge und des Bauchraumes wird evtl. eine intravenöse Kontrastmittelgabe notwendig. Daher sollten sie nach der Untersuchung ausreichend trinken.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Sie werden auf einer Liege durch den Ring des CT-Gerätes hindurch gefahren. Um gute Bilder zu erhalten, ist es wichtig, dass Sie ruhig liegen bleiben. Ihnen werden ggf. Atemanweisungen erteilt. Sollten Sie sich unwohl fühlen, können Sie sich über ein Mikrofon bemerkbar machen. Wir beobachten die Untersuchung von unserem Bedienpult aus.

Wie lange dauert eine CT-Untersuchung?

Die Untersuchung dauert in der Regel nur wenige Minuten.

Ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich?

Bei vielen Fragestellungen ist eine Kontrastmittelgabe in eine Vene notwendig. Dazu muss eine Verweilkanüle in eine Arm- oder Beinvene gelegt werden. Zur Erhöhung der Aussagekraft von Bauchuntersuchungen wird oft vor der Untersuchung eine Kontrastmittellösung zum Trinken gereicht.

Können bei einer CT Komplikationen auftreten?

Gelegentlich kann es durch das Kontrastmittel zu Juckreiz, Ausschlag oder Unwohlsein mit Brechreiz kommen. Sehr selten können ernstere Beschwerden wie schwere Herz-Kreislaufreaktionen auftreten. Ggf. werden Ihnen Medikamente verabreicht, um einer allergischen Reaktion vorzubeugen. Bei einem Eindringen des Kontrastmittels ins Unterhautfettgewebe ist in seltenen Fällen das Absterben von Gewebe möglich. Bei entsprechender Veranlagung kann eine Schilddrüsenüberfunktion ausgelöst werden. Es können vorübergehende Nierenfunktionsstörungen auftreten, bleibende Nierenschäden sind sehr selten.

Was muss ich nach der Untersuchung beachten?

Im Anschluss an eine i.v. Kontrastmittelgabe sollten Sie eine ausreichende Menge Flüssigkeit trinken. Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf.

CT-Patientenfragebogen

BITTE FÜLLEN SIE DIESEN BOGEN AUS UND MARKIEREN SIE DIE ZUTREFFENDEN ANGABEN:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Gewicht: Größe: Tel:

E-Mail-Adresse: Geschlecht: M W D

Wurde bei Ihnen schon einmal ein CT durchgeführt? Ja Nein

Für Frauen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Stillen Sie? Ja Nein

Untersuchungsbereich:

Existieren Voraufnahmen des Untersuchungsbereiches? Ja Nein

Welche Beschwerden haben Sie im Untersuchungsbereich und seit wann? links rechts mittig

Ich habe **keine** Beschwerden.

Schmerzen in/bei: Ruhe Belastung Strecken Beugen Drehen

Hatten Sie einen Unfall/eine Verletzung in diesem Zusammenhang? Ja Nein

Wenn ja, wann? Was ist passiert?

Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, welches Jahr und weshalb?

Sind Tumore bzw. Krebserkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann?

Welche Therapie erfolgte? OP Bestrahlung Chemotherapie

Folgende Erkrankungen sind bei mir bekannt:

Nierenerkrankung Schilddrüsenüberfunktion Infektiöse Erkrankung (HIV, Hepatitis, etc.)

Allergie gegen Jod AV-Block Myasthenie

Allergien gegen Medikamente: Sonstiges:

Bei mir sind **keine** Vorerkrankungen bekannt.

Nehmen Sie ein Schilddrüsen-Medikament? Ja Nein

Wenn ja, welches?

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? Wie viele Zigaretten am Tag?

Bekamen Sie schon einmal ein Kontrastmittel im CT? Ja Nein

Wenn ja, sind Unverträglichkeiten aufgetreten? Ja Nein

Sonstige Anmerkungen:

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum: Unterschrift Patient/Bevollmächtigter:

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Ich möchte eine Kopie dieser Aufklärung ausgehändigt bekommen. Ja Nein

Kürzel aufklärende Person:

TSH: Kreatinin:

CT-Patientenfragebogen

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Einwilligungserklärung im Sinne von § 630d BGB

Durch meine Unterschrift bestätige ich (ggf. für den Patienten):

- Den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden zu haben sowie die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
- Über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen und bin vollumfänglich aufgeklärt. (Siehe CT-Aufklärung FB 08.25 R01)
- Mir meine Entscheidung gründlich überlegt zu haben. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Untersuchung ein.
- Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe (jodhaltig) durch das medizinische Personal einverstanden zu sein, sofern nicht anders angegeben.
- Meine Einwilligung, dass in Notfällen die Bildaufnahmen und Befundberichte zur Mitbeurteilung und Weiterbehandlung auch an das weiterbehandelnde Krankenhaus elektronisch versendet werden dürfen.

Einwilligungserklärung Terminerinnerungsservice

Sehr geehrter Patient, wir danken Ihnen für Ihr Interesse und Ihr Vertrauen. Natürlich achten wir auf den Schutz Ihrer Privatsphäre und stellen bei der Auswahl der zur Verfügung gestellten Dienste die Praktikabilität und den gewissenhaften Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten in den Vordergrund.

Wir nutzen für unseren Terminerinnerungsservice Booking4Med von Medavis. Die Terminerinnerung erfolgt per SMS oder E-Mail. Den Terminerinnerungsservice nutzen wir, um eine optimale und zeitnahe Versorgung von Patienten zu gewährleisten. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung, Ihren Betroffenenrechte finden Sie als Aushang „FB 05.50 Patienteninformation zum Datenschutz“ in unseren Praxisräumlichkeiten oder auf der Internetseite www.foerde-radiologicum.de/datenschutzerklaerung/. Eine Kopie der Patienteninformation zum Datenschutz erhalten Sie jederzeit an unserer Anmeldung.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Terminerinnerung ein.

Hiermit willige ich **nicht** in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Terminerinnerung ein.

Ausfallhonorar

Wir sind eine Bestellpraxis und im Interesse aller um Termine nachsuchenden Patienten und auch aufgrund unserer Praxisführungskosten darauf angewiesen, dass vereinbarte Termine eingehalten werden. Kann ein Termin nicht eingehalten werden und wird der Termin nicht rechtzeitig abgesagt, so kann dieser nicht an einen anderen wartenden Patienten vergeben werden. Dadurch erhöhen sich für alle Patienten die Wartezeiten und unserer Praxis entstehen erhebliche Kosten.

Deswegen erheben wir von jedem Patienten, der einen vereinbarten Termin, den er **nicht** einhalten kann, nicht vorher – so frühzeitig wie vernünftigerweise möglich, spätestens aber 24 Stunden vorher – per E-Mail oder telefonisch absagt, ein Ausfallhonorar von **50,00 €**. Dem betreffenden Patienten steht es frei, der Praxis nachzuweisen, dass uns tatsächlich kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist. Ausgenommen hiervon sind Fälle von höherer Gewalt oder plötzlicher Krankheit.

Ich bin mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Mit einem Widerruf nach Art. 7 Abs. 3 der DS-GVO wird der Rechtsgrund der Datenverarbeitung aus der Vergangenheit nicht entzogen. Dieser entfaltet seine Wirkung ausschließlich ab Zugang des Widerrufs in die Zukunft.

Datum: Unterschrift Patient/Bevollmächtigter: