



Einwilligung zur Computertomographie mit Kontrastmittelgabe

Ablauf einer CT-Untersuchung: Sie liegen auf einer beweglichen Liege, die sich langsam in die etwa 70 cm große Öffnung des Geräts bewegt. Während der Aufnahmezeiten, die jeweils nur wenige Sekunden dauern, sollten Sie entspannt liegen. Sie stehen fortlaufend unter ärztlicher Beobachtung.

Risiko und Komplikationen: Bei einer Untersuchung ohne Kontrastmittel liegt außer der geringen Strahlenbelastung kein erkennbares Risiko vor. Sollte eine Kontrastmittelgabe erforderlich sein, wird dies im Allgemeinen vom Patienten gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es gelegentlich zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag oder ähnlichen leichten Reaktionen kommen, welche häufig von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen, die eine stationäre Behandlung erfordern sind sehr selten.

Um etwaige Risiken bei der Kontrastmittel-Anwendung möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten (bei Unklarheiten fragen Sie bitte den Arzt)

Besteht eine **Allergie** (Heuschnupfen, Asthma), Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster, örtliche Betäubungsmittel? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Ist Ihnen eine Einschränkung der **Nierenfunktion** bekannt? Ja Nein

Nehmen Sie Tabletten mit dem Wirkstoff **Metformin** (Diabetes) ein? Ja Nein

Haben Sie je Röntgenuntersuchungen **Kontrastmittel intravenös** erhalten? Ja Nein

Wenn Ja, traten dabei **allergische Reaktionen** wie z.B. Juckreiz, Übelkeit, Kreislaufreaktionen auf? Ja Nein

Ist Ihnen eine **Überfunktion der Schilddrüse** bekannt? Ja Nein

Nehmen Sie **Schilddrüsenmedikamente** ein? Ja Nein

Besteht eine **Schwangerschaft**? Ja Nein

Körpergewicht _____ kg Größe _____ m

Name, Vorname

Geburtsdatum

Gesetzliche Krankenkasse

Private Krankenkasse
(bei Sondertarif Versicherungsausweis vorlegen)

Telefonnummer

Bei BG-Unfall bitte Unfalltag angeben _____

E-Mail Adresse (freiwillig. Angabe für Terminerinnerung u. Befundversand)

Mir ist bekannt, dass an der Einstichstelle der Injektion sich ein Hämatom oder Spritzenabszess o. ä. bilden kann. Ich willige in die vorgesehene CT-Untersuchung ein.

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

- Ich willige ein, dass im Radiologischen Zentrum Wiesloch / Sinsheim meine Patientendaten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Insbesondere bin ich zum Zwecke der Weiterbehandlung mit der Übermittlung der Befunde und / oder Bildmaterial der Untersuchung an behandelnde Ärzte einverstanden.
- Ich willige ein, dass das Radiologische Zentrum Wiesloch / Sinsheim zum Zwecke der Befundung die Befunde und / oder Bildmaterial einholt.
- Ich willige in einen unverschlüsselten E-Mailversand meiner Befunde, einschließlich personenbezogener Daten, an die oben genannte E-Mail Adresse ein.

Vollmacht

Ich bevollmächtige folgende Person _____ geboren am _____ in meinem Namen alle Unterlagen / Dokumente, die meine Person betreffen, abzuholen bzw. entgegenzunehmen.

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärungen über die Entbindung von der Schweigepflicht, Einwilligung in die Übermittlung der Daten und Bevollmächtigung Dritter jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.