

Kasse  Privat  BG  Igel



RADIOLOGISCHE PRAXIS  
HOFBAUER DANZ FISCHER

## FRAGEBOGEN ZUR COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sondertarif der Privatkasse: \_\_\_\_\_

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

die Computertomographie (CT) ist ein modernes bildgebendes Untersuchungsverfahren. Mit Hilfe von Röntgenstrahlen wird ein Datensatz aufgenommen, der im Computer zu aussagekräftigen Ansichten aus dem Körperinneren in mehreren Schnittebenen zusammengesetzt wird. Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege, die sich durch einen ca. 80 cm weiten Ring bewegt. Die Untersuchungszeit beträgt zwischen 5-20 Minuten. Bei bestimmten Fragestellungen müssen Sie ein Kontrastmittel zur Darstellung des Verdauungstraktes trinken. Um die Untersuchung korrekt durchführen zu können, möchten wir Sie bitten, die nachstehenden Fragen zu beantworten:

**Voruntersuchung: Wann ? \_\_\_\_\_ Wo ? \_\_\_\_\_**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
➤ Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. Heuschnupfen, Jod, bestimmte Lebensmittel oder Medikamente)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Traten bei früheren Kontrastmitteluntersuchungen (CT, MRT, Nierenuntersuchungen etc.) Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten auf? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sind Sie Diabetiker? Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sind bei Ihnen Nierenfunktionsstörungen bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Sind Sie HIV-positiv (AIDS)? Leiden Sie an Hepatitis oder Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <b>Für Frauen:</b> Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ <b>Für Frauen:</b> Stillen Sie derzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kasse  Privat  BG  Igel



RADIOLOGISCHE PRAXIS  
HOFBAUER DANZ FISCHER

## Intravenöse Kontrastmittelgabe

In Abhängigkeit von der Fragestellung kann die intravenöse Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels notwendig sein. Dieses wird im Allgemeinen gut vertragen, bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Nebenwirkungen wie Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag oder Ähnlichem kommen. Schwere Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufs sind selten, lebensbedrohliche Reaktionen sind sehr selten. In seltenen Fällen kann die Nierenfunktion beeinträchtigt werden.

Falls der Arzt es für erforderlich hält: Sind Sie mit der intravenösen Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels einverstanden?

JA  NEIN

TSH-Wert: \_\_\_\_\_ KREA-Wert: \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Für Privatpatienten/Privatpatientinnen

Für die Rechnungsstellung gelten die gesetzlichen Gebührensätze bzw. Analogwertung in der jeweils gültigen Fassung. Ich versichere, dass die angegebene Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Untersuchung uneingeschränkt besteht. Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Anmerkungen:**

## Datenschutz

Den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst und halten uns strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der Behandlung erhoben und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

**Die aktuell gültige und vollständige Information zum Datenschutz finden Sie im Aushang am Empfang sowie in den Auslagen in den Wartezimmern.**