



Patientenaufklärung zur Computertomographie (CT)

Sie wurden in unsere Praxis zur Durchführung einer Computertomographie (CT) überwiesen. Die CT ist eine spezielle Röntgenmethode, mit der durch eine überlagerungsfreie 3-dimensionale Untersuchung krankhafte Veränderungen im Körper sichtbar gemacht werden sollen. Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, tragen wir Ihnen gerne die aktuelle Untersuchung ein.

Die Untersuchung im Gerät dauert nur wenige Minuten. Während dieser Zeit sollten Sie möglichst still liegen. Nach Abschluss der Untersuchung erhalten Sie die Untersuchungsbilder auf CD / DVD sowie einen QR-Code mit den Zugangsdaten zu unserem Patientenportal. Der schriftliche Befundbericht wird zeitnah von einer unserer Ärztinnen oder einem unserer Ärzte für Sie erstellt und elektronisch an Ihren Überweiser gesendet. Dieser Befundbericht ist nach Erstellung automatisch im Patientenportal einsehbar und kann als PDF-Datei heruntergeladen werden.

Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie vor der Untersuchung um die Beantwortung folgender Fragen:

A) Fragebogen

1. Welcher Anlass führt Sie zu uns?

 2. Körpergröße: _____ cm
 3. Gewicht: _____ kg
 4. Wurde am zu untersuchenden Körperteil eine OP durchgeführt?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, was wurde operiert und wann? _____
 5. Gab es bei Ihnen früher schon einmal eine Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchung dieser Körperregion?
☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, stellen Sie uns diese bitte zeitnah zur Verfügung!
 6. Sind Sie aktuell schwanger? (Für Frauen im gebärfähigen Alter) ☐ Ja ☐ Nein
- Vor der Untersuchung entscheidet der verantwortliche Facharzt für Radiologie, ob es medizinisch notwendig ist, Ihnen ein intravenöses Kontrastmittel zu verabreichen, um Blutgefäße und Organewebe besser beurteilbar abzubilden. Während der Verabreichung des Kontrastmittels kann es häufiger zu einem kurzzeitigen Wärmegefühl und manchmal zu Übelkeit und Geschmacks-Misempfindungen kommen. Sehr selten kann es zu einer Unverträglichkeitsreaktion bzw. Allergie auftreten (z.B. Luftnot, Kreislaufreaktionen verschiedener Schweregrade etc.).
7. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten? ☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, haben Sie auf das Kontrastmittel allergisch reagiert? ☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, welche allergischen Reaktionen sind aufgetreten? _____
 8. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, sind Sie Dialysepflichtig? ☐ Ja ☐ Nein
 9. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein
• Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____
 10. Ist bei Ihnen eine HIV- oder Hepatitis-Infektion bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
 11. Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden. ☐ Ja ☐ Nein

B) Patienteneinwilligung zum Datenaustausch mit Leistungserbringern

Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen müssen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten.

Hiermit willige ich in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung im MVZ Radiologie-Netzwerk NRW zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung und lückenlosen Dokumentation im erforderlichen Umfang von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie anderen Leistungserbringern (Krankenhaus, Labor) zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung ein.

- Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB gegenüber mit- und weiterbehandelnden Ärzten zur Übermittlung meiner Daten per Fax.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Befunde mittels Patienten- und Zuweiserportale in der Cloud sowie eArztbrief an andere, mich behandelnde Ärzte/Institutionen verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.
- Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Telefonnummer, Mobilnummer und E-Mail-Adresse zwecks Terminerinnerung per SMS oder E-Mail ein.
- Ich bin darüber informiert worden, dass es zu einer unzureichenden Behandlung bei fehlender Einwilligung/Entbindung kommen kann.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem MVZ Radiologie-Netzwerk NRW jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

C) Unterschrift

- Ich bestätige, dass ich die Informationen zur CT, zum Kontrastmittel und zum Datenschutz verstanden habe.
- Ich habe alle Fragen im Fragebogen wahrheitsgemäß beantwortet.
- Ich fühle mich ausreichend informiert und aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein.
- Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.

Nachname

Vorname Geb.-Datum

Telefon Mobil-Nr.

E-Mail

X

Datum

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter

Interner Vermerk (nur vom Personal auszufüllen)

Datum:	Kreatinin: mg/dl	GFR ml/min	TSH µU/mL
KM i.v.	KM oral	Anm:	Arzt: Gerät:
Untersuchungsprotokoll			