

Einverständnis zu Voraufnahmen und Weitergabe der aktuellen Untersuchung:

Patient(in): *Mustermann, Vorlagen*

Geburtsdatum: *01.01.1999*

Bei Ihnen soll eine Computertomographie im Bereich _____ mit Kontrastmittel durchgeführt werden.

Risiken des Eingriffs:

Allergien (Kreislaufkollaps, Hautausschlag oder Brechreiz)
 Organfunktionsstörungen (Schilddrüse, Nieren, Leber).

Anamnese: Bitte zutreffendes ankreuzen

Wurde schon früher eine CT-Untersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann	Ja	Nein
Vorerkrankungen (z.B. Nieren, Schilddrüse, Diabetes)	Ja	Nein
Sind bei Ihnen Allergien bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamente)?	Ja	Nein
Nehmen Sie Medikamente ein Wenn ja, welche	Ja	Nein
Ich habe die Aufklärung verstanden	Ja	Nein
Ich bin mit der Durchführung einverstanden	Ja	Nein
Ich benötige noch Bedenkzeit	Ja	Nein
Schwangerschaft	Ja	Nein

Hiermit willige ich ein, dass Voraufnahmen aus externen Kliniken und Praxen durch das Radiologie Team Ortenau zum Vergleich eingesehen werden dürfen.
 Die durch das Radiologie Team Ortenau erstellten Aufnahmen dürfen an externe Kliniken und Praxen weitergegeben werden.

Anmerkungen durch aufklärenden Arzt:
