

Einverständniserklärung Computertomographie (CT)

Name: Vorname:
Geb.-Datum: Krankenkasse:.....
Körpergröße: (cm) Gewicht: (kg)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Computertomographie durchgeführt werden. Hierzu einige wichtige Informationen.

Computertomographie – Was ist das?

Die Computertomographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder eines Körperabschnittes angefertigt werden können. Sie zeigt ein erheblich genaueres Bild von pathologischen Prozessen und deren Organabgrenzung als eine konventionelle Röntgenaufnahme. Dies ist für die Planung von Behandlungsmaßnahmen oft von entscheidender Bedeutung.

Was erwartet mich?

Sie liegen ruhig auf einem speziellen Untersuchungstisch, der sich langsam in die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Diese Öffnung ist relativ weit, so daß Platzangst in aller Regel nicht auftritt. Während der Untersuchungszeit haben Sie immer die Möglichkeit Kontakt mit uns aufzunehmen. Die Untersuchung selbst dauert nur wenige Minuten und ist völlig schmerzfrei.

Wie verhalte ich mich im Gerät?

Für eine optimale Bildqualität ist eine ruhige Lage besonders wichtig. Bei einigen Untersuchungen ist es erforderlich, kurze Zeit die Luft anzuhalten. Bitte bleiben Sie möglichst still liegen und atmen Sie gleichmäßig und ruhig.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Wurden Sie in dieser Praxis schon einmal untersucht? Ja Nein

Frühere Untersuchungen, bezogen auf den heutigen Untersuchungsbereich: Ja Nein

Wenn ja, welche und wo? _____

Frauen: Besteht zur Zeit eine **Schwangerschaft?** (welche SSW?.....) Ja Nein

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein
Wenn ja, bitte bei der Anmeldung vorlegen.

Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsblattes verstanden.

Wenn Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, oder wenn Ihnen Einzelheiten des Informationsblattes unklar geblieben sind, wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.

Ich habe keine weiteren Fragen zur geplanten Untersuchung. Ich erkläre mich mit der Durchführung einverstanden und verzichte auf die gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit.

_____ Datum

_____ Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Name: Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Anamnesebogen Rückenschmerzen:

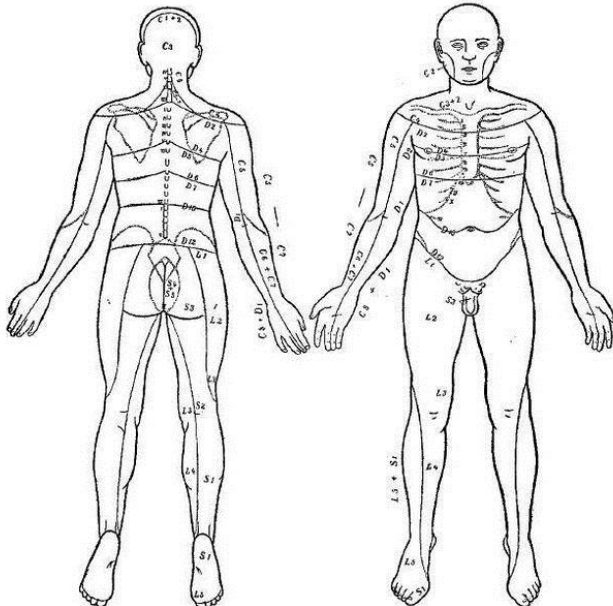
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Untersuchung der Wirbelsäule überwiesen.
Zur optimalen Planung der Untersuchung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Welcher Abschnitt der Wirbelsäule soll heute untersucht werden? Hals- Brust- Lenden-
O O O

Seit wann haben Sie Schmerzen?TageWochenMonateJahre

Strahlen die Schmerzen aus? Nein O
Ja, **beidseits** gleich O
Ja, **rechts** betont O
Ja, **links** betont O



Bestehen Missempfindungen? Kribbeln O
„Ameisenlaufen“ O
Taubheit O
Brennen O

Bestehen Lähmungen? Ja O Nein O
Finger O Zehen O
rechts O links O

Seit wann bestehen die Lähmungen?

.....TageWochen
.....MonateJahre

Bitte markieren Sie die Partien, an denen die Beschwerden am stärksten sind sowie die Ausstrahlung in Arm oder Bein.

Bestehen Blasenstörungen? Ja O Nein O

Sind Sie bereits an der Wirbelsäule operiert worden? Ja O Nein O

Wann und wo?Welche Bandscheibe?.....

Hatten Sie einen Unfall oder eine Verletzung? Ja O Nein O

Wann und wie ist der Unfall passiert?

Besteht oder bestand eine Krebserkrankung? Ja O Nein O

Welcher Art?

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Einwilligungserklärung zur Befundübermittlung

Gemäß §73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine Befunde bei anderen Leistungserbringern einholt werden dürfen und bei mir erhobene Befunde meinen behandelnden Ärzten übermittelt werden dürfen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich und richten uns nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum und Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter