Prof. Dr. D. Beyer
Praxis für Computertomographie / Kardio-MR Köln/Bonn
am Krankenhaus Porz am Rhein

Aufklärung

Name: _____ **Vorname:** _____
Geb.: _____ **Datum:** _____

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin

Bei Ihnen soll eine Computertomographie durchgeführt werden. Es ist sinnvoll, zur Verbesserung der Aussagekraft ein intravenöses Kontrastmittel zu benutzen. Selten kann es auf Kontrastmittel allergische Reaktionen geben oder es kann eine Beeinträchtigung der Nierenfunktion auftreten. Um einen guten Kontrast zwischen den unterschiedlichen Körperstrukturen zu erlangen, wird das Kontrastmittel maschinell injiziert. Selten kommt es durch Venenverletzungen zu einem lokalen Bluterguss.

_____

1. Ist bei Ihnen eine **Allergie** bekannt ? ja 0 nein 0
2. Ist bei Ihnen eine **Kontrastmittelallergie** bekannt ? ja 0 nein 0
3. Ist bei Ihnen eine **Zuckerkrankheit (Diabetes)** bekannt? ja 0 nein 0

   Wenn ja, nehmen Sie deshalb Tabletten ein? Welche? .....
4. Ist bei Ihnen eine **Nierenfunktionsstörung** bekannt ? ja 0 nein 0

   Kreatininwert im Blut? .....
5. Ist bei Ihnen eine **Überfunktion der Schilddrüse** bekannt ? ja 0 nein 0

   Wenn ja, nehmen Sie deshalb Tabletten ein? Welche? .....
6. Ist bei Ihnen ein erhöhter **Augeninnendruck** (Glaukom) bekannt ? ja 0 nein 0
7. Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft** ? ja 0 nein 0

_____

Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden. ja 0 nein 0

(gute Verträglichkeit, selten Auftreten von Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergie), Beinträchtigung der Nierenfunktion, lokalem Bluterguss)

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin darüber aufgeklärt worden, daß **durch Kontrastmittel allergische Reaktionen ausgelöst oder eine Beeinträchtigung der Nierenfunktion hervorgerufen werden können.**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und willige in die Untersuchung ein.

Köln, den _____ _____ _____
Unterschrift d. Arztes Unterschrift d. Patienten/Sorgeberechtigten*

Ich **willige** in die Durchführung der Computertomographie **nicht ein**. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnose und Behandlung etwaiger Erkrankungen erheblich verzögern und erschweren können.

Köln, den _____ _____ _____
Unterschrift d. Arztes Unterschrift d. Patienten/Sorgeberechtigten*