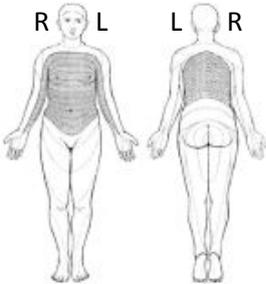


Untersuchungsvorbereitung

für: Patientenaufkleber

Bei Ihnen soll eine Untersuchung mittels Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) durchgeführt werden. Um dies gut und sicher erledigen zu können, benötigen wir Auskünfte von Ihnen. Auch finden Sie Hinweise für bestimmte Umstände. Die sorgfältige Beantwortung aller Fragen und Beachtung aller Hinweise ist in Ihrem Interesse sehr wichtig.

Fragen zum Anlass der Untersuchung (bitte auch bei Kontroll-Untersuchungen ausfüllen)

<ul style="list-style-type: none"> Seit wann haben Sie Beschwerden? Datum: oder Zeitraum: 	
<ul style="list-style-type: none"> Gibt es einen bestimmten Grund für die Beschwerden (z.B. Unfall)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: was und wie ist es passiert? 	
<ul style="list-style-type: none"> Wann treten die Beschwerden auf? <input type="checkbox"/> immer, auch in Ruhe <input type="checkbox"/> gelegentlich ohne erkennbaren Grund <input type="checkbox"/> nach körperlicher Belastung <input type="checkbox"/> bei bestimmten Bewegungen: 	
<ul style="list-style-type: none"> Beschreiben Sie die Beschwerden möglichst detailliert und genau: 	<p>Zeichnen oder kreisen Sie die Stelle der Beschwerden ein:</p> 
<ul style="list-style-type: none"> Sind an dieser Stelle bereits Operationen oder sonstige Eingriffe erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: wann? welche? 	
<ul style="list-style-type: none"> Gab es an dieser Stelle früher Beschwerden/Verletzungen/Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: wann? welche? wie behandelt? 	
<ul style="list-style-type: none"> Wurden deshalb schon früher CT- oder MR-Untersuchungen gemacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: wann? Körperteil? bei wem? 	

Allgemeine Angaben

<ul style="list-style-type: none"> Hatten / haben Sie einen Tumor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: seit wann? welcher Tumor? welche Behandlung? <input type="checkbox"/> Chemotherapie, <input type="checkbox"/> Bestrahlung, <input type="checkbox"/> OP, <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Hatten / haben Sie noch andere Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: wann? welche?
<ul style="list-style-type: none"> Hatten / haben Sie <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> HIV
<ul style="list-style-type: none"> Körpermaße? Größe: cm Gewicht: kg
<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie ungewöhnlichen Gewichtsverlust? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: kg in Wochen
<ul style="list-style-type: none"> Was arbeiten Sie (Beruf oder Tätigkeit)?
<ul style="list-style-type: none"> Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragen zu Hindernissen für die Untersuchungsdurchführung

▪ Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Tragen Sie andere elektronische Geräte? (z.B. Ohrimplantate, Schmerzmittelpumpe, Hörgeräte etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Haben Sie Metall im Körper? (z.B. künstliche Gelenke, Schrauben/Drähte/Schienen von Operationen etc.) Wenn ja: was und wo?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Wurden Sie bereits an Kopf oder Herz operiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Wurde ein Stent implantiert? Wenn ja: wo? wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Haben Sie aktuell Fieber?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragen zur Kontrastmittelgabe

Ob eine Kontrastmittelgabe sinnvoll ist, ergibt sich durch die noch festzulegende Untersuchungsart. Wenn ja, wird mit Ihnen noch ein Aufklärungsgespräch geführt, in dem eine abschließende Entscheidung darüber mit Ihnen gemeinsam getroffen wird.

▪ Ist bei Ihnen schon einmal eine Kontrastmittelallergie aufgetreten? Wenn ja: welche Untersuchung? <input type="checkbox"/> CT, <input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Haben Sie eine Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja: welche Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? Wenn ja: welche Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Hinweise (nur für MRT-Untersuchungen)

▪ Tragen Sie eine Spirale? Wenn ja: <i>Lassen Sie nach der Untersuchung den Sitz der Spirale vom Frauenarzt überprüfen!</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Haben Sie Tätowierungen oder Piercings? Wenn ja: <i>ACHTUNG: Bei Tätowierungen und Piercings kann es zu Verbrennungen und Gesundheitsgefährdungen kommen!</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Erklärungen des Patienten (bitte ankreuzen, wenn die Erklärung zutrifft):

- Ich erkläre, alle Auskünfte wahrheitsgemäß und vollständig gegeben zu haben. Mir ist klar, dass falsche oder fehlende Angaben zu einer Gesundheitsgefährdung führen können.
- Ich bestätige, dass ich mich ausreichend aufgeklärt fühle und keine weiteren Fragen habe.
- Ich willige in die Untersuchung ein.
- Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.
- Für den Fall einer Kernspinuntersuchung übernehme ich die Haftung für eventuelle Folgeschäden bei vorhandenen Tätowierungen und/oder Piercings.

.....
Ort / Datum / Uhrzeit

.....
Unterschrift Patient (ggf. Eltern/Betreuer)

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt