

- Bitte aufmerksam durchlesen und in Druckschrift ausfüllen -



Radiologische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Volker Keil

Dr. med. Uwe Roy

Johanniterplatz 2a – Wirsbergstraße

97070 Würzburg

Tel. 0931 / 32 19 10

Fax. 0931 / 3 21 91 91

Notfall

**MSCT
Privatpatient**

Bitte entsprechend ankreuzen:

Kommen Sie zur Zeit
aus dem Krankenhaus
von zu Hause

stationär:
ambulant:

Datum: _____

Name: _____

Geb. Datum: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Privatkasse: _____

Wohnort: _____

Volltarif

Standard-/Basistarif

(betr. Rentner/Studenten - bitte Ausweis vorlegen): _____)

Straße: _____

Mädchenname: _____

Beruf: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja, welche _____ nein

Ich werde bei der Privatkasse als: Mitglied Familienangehöriger Rentner geführt.

Beihilfeberechtigt: ja nein

Wenn Sie Familienangehöriger sind: Name des Hauptversicherten _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift des überweisenden Arztes: _____

Des zusätzlich zu benachrichtigenden Arztes (z.B. Hausarzt): _____

Vorgelegte Unterlagen: _____ zum Verbleib Rückgabe

Wurden Sie schon bei uns untersucht? ja, wann? _____ nein

Vor -CT/MR an einem anderem Institut? ja, wann? _____ nein

Welches Institut? _____

Ist bei Ihnen eine bösartige Erkrankung bekannt? ja, wann festgestellt? _____ nein

Welche Erkrankung? _____

Untersuchung des Magen-Darm-Traktes mit Kontrastbrei oder Kontrasteinlauf in den letzten zwei Wochen? ja nein

Wo und welche Beschwerden haben Sie, welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

Alle früheren Operationen: ja, welche Körperregion? _____ nein

Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? ja nein

Alter: _____ Jahre Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Serum-Kreatininwert: _____ / _____
mg/dl μmol/l Kreatinin-Clearance ml/min

Wert okay? ja nein

Schwangerschaft? ja nein

WICHTIG ! BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN

Strahlenanamnese

Röntgenuntersuchungen

Isotopenuntersuchung

Strahlen- und Isotopentherapie

Unterschrift der Patientin / des Patienten: _____

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

Bei der Computertomographie müssen wir, je nach Fragestellung des überweisenden Arztes, evtl. jodhaltige Kontrastmittel in eine Vene verabreichen. Diese Kontrastmittelbeigabe wird von den meisten Menschen gut vertragen.

Sollte bei Ihnen eine der nachfolgenden Krankheiten bestehen, müssen Sie uns diesen Sachverhalt vor der Untersuchung unbedingt mitteilen, andernfalls könnten Sie sich unter Umständen gefährden!

Ist bei Ihnen bekannt:	eine Einschränkung der Nierenfunktion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine Asthmaerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine Herz-/Kreislaferkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	eine Erhöhung des Blutdruckes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sagen Sie uns bitte auch, ob bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse vorliegt, da diese durch das jodhaltige Kontrastmittel ungünstig beeinflusst werden kann!

 ja nein

Auch bei nicht bekannter Allergie kann es gelegentlich zu leichten Reaktionen kommen. Sollten neben einem kurzfristigen Hitze- oder Übelkeitsgefühl zusätzlich Nies- oder Juckreiz, Hautquaddeln, ein Beklemmungsgefühl oder Schwellungen der Schleimhäute auftreten, können wir diese Reaktionen durch bestimmte Medikamente in der Regel beherrschen. Wir benutzen nur noch moderne nichtionische Kontrastmittel, die das Kontrastmittel-Risiko erheblich gesenkt haben. Nach aktuellen statistischen Daten kann das tödliche Risiko bei Applikation des nichtionischen Kontrastmittels zwischen 1:600.000 bis 1:1.000.000 angesetzt werden.

Sie müssen dies wissen, sollten sich aber dennoch zur Kontrastgabe in die Vene bereit erklären, da diese immer nur dann ausgeführt wird, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht und damit für die zu klärende Diagnose erforderlich ist.

Aus juristischen Gründen müssen Sie über diesen Sachverhalt aufgeklärt sein.

Manchmal ist für die Untersuchung des Oberbauches ein zusätzliches krampflösendes Medikament (Buscopan) erforderlich. Für diesen Fall müssen wir wissen, ob Sie an einem grünen Star oder an einem Prostata-Adenom mit Restharnbildung leiden, da wir in diesen Fällen das Medikament nicht verabreichen können.

Leiden Sie an einem grünen Star?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an einem Prostata-Adenom (bei Männern)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ihre nachstehend vorgesehene Unterschrift erbitten wir zum Beweis dafür, dass Sie sich diesbzgl. aufgeklärt fühlen, die Informationen inhaltlich verstanden haben und dass Sie sich mit der Gesamtuntersuchung - weitere Literatur liegt aus - nach ruhiger Überlegung und freier Willenserklärung einverstanden erklären.

Haben Sie auf eine frühere Gabe von Kontrastmittel zum Trinken mit Durchfällen reagiert? ja nein
Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelempfindlichkeit oder Jod-Allergie bekannt? ja nein

Wenn ja? Bei welcher Untersuchung? _____
In welchem Institut oder
in welcher Klinik? _____

Besteht bei Ihnen eine Allergie gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Kontrastmittel oder chemische Substanzen anderer Art?

 ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wir bitten um Verständnis, dass untersuchungsbedingte Wartezeiten von mehr als 30 Minuten entstehen können!

Ich versichere, dass ich meine Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unvollständige Angaben ggf. zu einer Einschränkung der diagnostischen Aussagefähigkeit der Untersuchung führen können.

Ich versichere auch mit meiner Unterschrift, dass meine finanziellen Verhältnisse geordnet sind, insbesondere in den letzten drei Jahren keine Vollstreckungsmaßnahmen gegen mich ergriffen wurden und ich in der Lage bin, als Privatpatient die anfallenden Kosten und Auslagen für die Untersuchung zu tragen. Ich werde spätestens nach 4 Wochen den Rechnungsschuldbetrag begleichen.

Würzburg, den _____

Unterschrift des Patienten
(bzw. des Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des Arztes