

Einverständniserklärung

zur Durchführung einer PET-CT-Untersuchung

Name: _____

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

Wir bitten um die Beantwortung folgender Fragen, die für die Durchführung der geplanten Untersuchung wichtig sind:

- Wurde bei Ihnen bereits eine nuklearmedizinische Untersuchung, eine Computertomographie oder eine Kernspintomographie durchgeführt? Ja Nein
Wenn Ja, welches Organ wurde untersucht? _____
- Traten bei früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel Probleme auf? (Kreislaufreaktionen, Schock, Hautausschlag oder ähnliches) Ja Nein
- Sind Störungen des Stoffwechsels (insbesondere Diabetes) oder wichtiger Organe bekannt? (z.B. Herz, Gefäße, Lungen, Leber, Nieren, Nervensystem) Ja Nein
- Liegt eine Schilddrüsenfunktionsstörung vor? Ja Nein
- Besteht eine Allergie (z.B. Asthma, Heuschnupfen) oder eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente (z.B. Jod, Kontrastmittel) Ja Nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (z.B. Herz-, Schmerz-, blutdrucksenkende oder gerinnungshemmende Mittel) Ja Nein
- Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein

- Ich fühle mich ausreichend über die bevorstehende Untersuchung aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen. Ja Nein
- Ich bin mit der Untersuchung einverstanden. Ja Nein
- Im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch meine Krankenkasse bin ich bereit, die Kosten für die Untersuchung selbst zu übernehmen. Ja Nein

Berlin,

Datum

Unterschrift der Ärztin/
des Arztes

Unterschrift der Patientin/
des Patienten