

# 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

.....  
Ich wurde über die Untersuchung durch den Arzt aufgeklärt.

Ich erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden.

Der schriftliche Befund wird an die behandelnden Ärzte übermittelt.

Mir ist bekannt, dass persönliche Angaben meiner Krankenversichertenkarte sowie wesentliche Angaben zur Krankengeschichte übermittelt werden.

Ich kann meine Einwilligung zur Datenweitergabe jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Berlin,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in