

Radiologische Praxis im Ärztehaus Nord
MRT - CT - PRT - konventionelles Röntgen

G.-Hauptmann-Straße 15, 03044 Cottbus
☎ 0355 425850

Datum: **Uhrzeit:**

- Überweisung Chipkarte
 Voraufnahmen/-befunde

1. Etage

Name: Vorname:

geb.: Größe: Gewicht:



**Durch Notfallpatienten können die Bestellzeiten nicht immer eingehalten werden.
Wir bitten um Ihr Verständnis.**

Informationsblatt zur CT – Untersuchung

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

die Computertomographie ohne Kontrastmittel hat, außer der geringen Strahlenbelastung, kein erkennbares Risiko.

FRAUEN im gebärfähigen Alter bitte ausfüllen:

Besteht die Möglichkeit eine Schwangerschaft? ja nein unbekannt

Nehmen Sie Verhütungsmittel? ja nein

.....
(wenn ja, welche)

Sonstige gynäkologische Operationen? ja nein

.....
(wenn ja, welche)

bei unbekannt:

Wann war der 1. Tag der letzten Regel?

Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse meinem/-er überweisendem/-n Arzt/Ärztin oder Klinik übermittelt werden. Dieses Informationsblatt wird bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Ich benötige eine Kopie des Informationsblattes

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Vormund