

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG PET/CT

**Damit wir spezielle Risiken besser erkennen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:**

### 1. Sind Sie Diabetiker (blutzuckerkrank)?

Ja  Nein

wenn ja: welche Medikamente gegen Diabetes nehmen Sie ein?

orale Antidiabetika z. B. Metformin  Insulin

### 2. Wurden Sie schon einmal mit einem Röntgenkontrastmittel untersucht?

Ja  Nein

wenn ja:

in welchem Jahr? \_\_\_\_\_

wo? \_\_\_\_\_

welches Organ? \_\_\_\_\_

traten dabei Probleme wie z. B. Kreislaufreaktionen, Schock, Hautausschlag, Übelkeit oder Juckreiz auf?

Ja  Nein

### 3. Besteht eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit (z.B. gegen Medikamente, Kontrastmittel oder Jod)?

Ja  Nein

### 4. Sind bei Ihnen Nierenfunktionsstörungen bekannt?

Ja  Nein

### 5. Liegt eine Schilddrüsenfunktionsstörung vor?

Ja  Nein

wenn ja:  Überfunktion  Unterfunktion

**6. Frauen im gebärfähigen Alter:**

Könnten Sie schwanger sein?

Ja  Nein

Stillen Sie?

Ja  Nein

**7. Wissenschaftliche Zwecke:**

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten anonymisiert vom Institut für Radiologie und Nuklearmedizin der Klinik Hirslanden für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ja  Nein

**Einwilligungserklärung**

Ich bin über den Ablauf, die Risiken und mögliche Komplikationen der Untersuchung aufgeklärt worden. Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen und willige nach angemessener Bedenkzeit in die Untersuchung ein.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_