

## Patienteninformationen zu Ultraschalluntersuchung/Sonographie (allgemein)



Liebe Patientin, lieber Patient,

die Ultraschalluntersuchung (Sonografie) ist ein strahlenfreies bildgebendes Verfahren meist zur Erstdiagnose von Erkrankungen verschiedener Körperregionen. Die Untersuchung bedarf Ihrer schriftlichen Zustimmung. Ihr Aufenthalt in der Praxis kann dadurch verkürzt werden, dass Sie dieses Aufklärungsblatt bereits unterschrieben in die Praxis mitbringen!

### Übliche Untersuchungen sind:

#### **Abdomen:**

Die Untersuchung des Bauchraums beschränkt sich auf Leber, Gallenblase, Milz, Bauchspeicheldrüse (Pankreas), Nieren, Lymphknoten und Gefäße, selten können zuverlässige Aussagen zu Darm und Aszites zusätzlich erfolgen.

#### **Schilddrüse:**

Es können Vergrößerung, Verkleinerung, Knoten, Zysten und Durchblutung (Perfusion) dargestellt werden.

#### **Lymphknoten:**

Zur Verlaufskontrolle können einzelne Lymphknotenregionen untersucht werden.

#### **Weichteile/Skelett:**

Zur Darstellung kommen Muskel, Sehnen und Gelenke, sowie vor allem Flüssigkeitsansammlungen und Raumforderungen.

Die übrigen Abschnitte werden durch Urologen, Gynäkologen, Internisten, Augenärzte oder andere Fachärzte abgeklärt. Zur Untersuchung des Bauchraums sollte der/die Patient/-in seit dem Vorabend nüchtern sein und davor auf blähende Kost verzichten. Die Bilder werden zusammen mit Ihrem Befund digital archiviert und verschlüsselt und können dadurch absolut datensicher elektronisch direkt von Ihrem überweisenden Arzt angesehen werden.

### Anamnese:

Name, Vorname, Geburtsdatum	.....
Telefon	.....
Körpergewicht	..... kg
Körpergröße	..... m
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie in dem Körperbereich bereits untersucht?	<input type="checkbox"/> ja am ..... <input type="checkbox"/> nein
Operationen/Therapie	.....

**Es ist eine Anmeldung nötig, bringen Sie bitte Überweisungsschein, Versicherungskarte oder entsprechendes Auftragsrezept (oder Ähnliches) zur Untersuchung mit!**

**Bitte bringen Sie entsprechende Voraufnahmen mit!**

- Ich versichere, dass o.g. Angaben richtig sind, ich mich ausreichend aufgeklärt fühle und der vorgeschlagenen Untersuchung, sowie einer Kontrastmittelgabe, falls nötig, stimme ich ebenfalls zu.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Wuttge für meine Behandlung erforderliche Daten und Befunde bei meinen behandelnden Ärzten einholt und die Ergebnisse weiterleitet (§73 SGB).
- Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann, ist mir ebenfalls bekannt.

Datum ..... Unterschrift: .....  
(Patient / Patientin / Erziehungsberechtigter)