



Computertomographie (CT)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen genau zu beantworten, um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können. Sollten Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizintechnische Personal oder den untersuchenden Arzt.

Name:

Geburtsdatum: / / Größe: cm, Gewicht: kg

Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?

- Nierenröntgen
- Computertomographie
- Darstellung der Beinvenen (IVP)
- Gefäßröntgen (Angiographie)

Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen? Nein Ja

Wenn ja, traten nach der Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf, z.B:

- Nein Ja: Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl Asthmaanfall / Atemnot
- Hautausschlag Krampfanfälle, Bewußtlosigkeit Schüttelfrost

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Allergien, die einer Behandlung bedürften? Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)
- Asthma des Herzens der Nieren/Nebennieren M. Kahler (multiples Myelom)
- der Schilddrüse – Wenn ja, welche: Überfunktion Unterfunktion
- Zuckerkrank – Wenn ja, welche Zuckermedikamente nehmen Sie?

Für Patientinnen: **Könnten Sie schwanger sein?** Nein Ja **Stillen Sie?** Nein Ja

Sind Sie mit der Gabe von jodhaltigem Kontrastmittel einverstanden? Nein Ja

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Der vorgeschlagenen Untersuchung stimme ich zu.

.....
Datum

.....
Unterschrift d. Patient/in

Überprüfung der oben angeführten Punkte durch RT:

Vom Personal auszufüllen:

Krea:

CFR:

TSH:

B-Datum: