



Nachname: Wohnort:
 Vorname: Straße:
 Geburtsdatum: Tel.:
 Gewicht (in kg!): Größe: Krankenkasse / -versicherung:

für Privatpatienten: Bei Sondertarif, bitte den Vertrag abgeben!

Anamnese (wird vom Personal ausgefüllt)	AG		Butyl		Krea	
	CD		GlucaGen		TSH	
	CDM		Irenat		GFR	
	NaCl		Histakut		KM iv.	
			H ₂ O oral		KM oral	

Liebe/r Patient/in!

Entsprechend Ihrer Überweisung ist bei Ihnen eine computertomographische Untersuchung (CT) geplant. Der CT arbeitet mit Röntgenstrahlen. Die Strahlenbelastung ist gering, aber etwas höher als beim konventionellen Röntgen.

Nach der Röntgenverordnung § 28 Abs. 1 sind folgende Fragen durch den Patienten zu beantworten: **ja** **nein**

- Ist eine Schwangerschaft möglich? **ja** **nein**

Falls Sie ein Röntgennachweisheft (Röntgenpass) besitzen, legen Sie dieses bitte dem Arzt vor!

Gegebenenfalls ist eine Untersuchung mit einer Kontrastmittelspritze (KM) notwendig.

Wie bei anderen Arzneimitteln auch, sind bei diesem jodhaltigen KM in seltenen Fällen Überempfindlichkeiten mit **Juckreiz, Niesen, Hautausschlag oder Übelkeit** möglich. Schwere Reaktionen (Atemstörungen, Herz-Kreislauf-Reaktionen) sowie lebensbedrohende Komplikationen sind extrem selten.

Wir bitten Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten: **ja** **nein**

- Ist Ihnen schon einmal Kontrastmittel gespritzt worden? **ja** **nein**

Wenn ja, traten dabei Nebenwirkungen auf? **ja** **nein**

- Sind bei Ihnen allergische Reaktionen bekannt? **ja** **nein**

Wenn ja, welche:

- Sind bei Ihnen Blutgerinnungs- oder Nierenfunktionsstörungen, Diabetes mellitus oder eine Herzkrankheit bekannt? **ja** **nein**

- Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenunterfunktion oder Überfunktion bekannt? **ja** **nein**
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?
.....

- Ist in nächster Zeit eine Schilddrüsendiagnostik geplant? **ja** **nein**

- Haben Sie ein Glaukom (Grüner Star)? **ja** **nein**

Im Nachfolgenden bitten wir Sie um einige auf die heutige Untersuchung bezogene Informationen zu bestehenden Beschwerden und bereits erfolgten Operationen oder Therapien.

- Bitte schildern Sie kurz ihre aktuellen Beschwerden:

.....

- Erfolgte bei Ihnen eine Operation im Untersuchungsgebiet? ja nein

Welche und Wann?

.....

- Im Falle einer Tumorerkrankung:

- | | ja | nein | Wann? |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| - erfolgte eine Chemotherapie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - erfolgte eine Bestrahlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| - erfolgt zurzeit eine Therapie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Wenn **ja** – Welche?.....

- Gibt es Voraufnahmen bzw. Voruntersuchungen aus anderen Praxen bzw. dem Krankenhaus?

Wo?

Tragen Sie im oder am Körper **ja nein**

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| - einen Herzschrittmacher / Defibrillator? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - oder andere elektronische Geräte (Hörgeräte, Insulinpumpe usw.)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - herausnehmbaren Zahnersatz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Metallimplantate (künstliche Gelenke, Stents)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Metallsplitter? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hiermit bestätigte ich, dass ich vor der Untersuchung über den Ablauf sowie die Risiken insbesondere der Kontrastmitteluntersuchung ausreichend aufgeklärt wurde und bin mit der geplanten Computertomographie einverstanden. Bei bestehenden Voraufnahmen stimme ich der Herausgabe an die Praxisgemeinschaft Radiologie Lütten Klein zu.

Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzliche(r) Vertreter(in)

Anmerkungen Arzt über Patientengespräch / Indikationsstellung zur CT-Untersuchung / Kontrastmittelgabe:

Datum

Unterschrift des Arztes