

Fragebogen CT

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

bei Ihnen ist eine Untersuchung mittels Computertomographie geplant. Für die Untersuchung ist die Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels (KM) über die Vene notwendig. Dabei könnten Sie ein Wärmegefühl, einen metallischen Geschmack oder Harndrang verspüren. Dies sind normale Begleiterscheinungen und verschwinden innerhalb von kürzester Zeit.

Extrem selten kann es akut zu schweren allergischen Reaktionen kommen, die eine sofortige medikamentöse Therapie erfordern. Für die Fälle sind wir geschult und wären darauf vorbereitet.

Sehr selten kann es verzögert z.B. am nächsten Tag zu milden allergischen Reaktionen wie Hautausschlag kommen. Diese klingen in der Regel wieder von selbst ab.

Falls Ihr Bauch untersucht werden soll, kann es zusätzlich notwendig sein, dass Sie eine Flüssigkeit (Kontrastmittel) über einen Zeitraum von bis zu einer Stunde verteilt trinken müssen. Dies hilft uns zusätzlich bei der Darstellung des Abdomens.

Wenn Sie Voraufnahmen (CD oder Ausdruck), Befunde dabei haben, geben Sie diese bitte **vor** der Untersuchung ab:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Hatten Sie bereits schon einmal eine Untersuchung von dem Körperteil, welches wir heute untersuchen? O Ja O Nein

Falls ja, wann: _____ wo: _____

2. Haben Sie Allergien (z.B. Heuschnupfen)? O Ja O Nein

3. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? O Ja O Nein

Falls Ja, welche? _____ Medikamenteneinnahme: _____

4. Besteht bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung? O Ja O Nein

5. Ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit bekannt? (Tuberkulose, Hepatitis, AIDS) O Ja O Nein

6. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft O Ja O Nein

7. Haben Sie eine Unverträglichkeit gegen jodhaltiges Kontrastmittel O Ja O Nein

8. Ihre Körpergröße: _____ cm Ihr Körpergewicht: _____ kg

9. Ich habe den Fragebogen gelesen und bin mit der Untersuchung einverstanden: O Ja O Nein

11. Möchten Sie digital auf Ihre Bilder zugreifen? (www.hdscod.de) O Ja O Nein
Zugriff für 12 Wochen, Datenschutzkonform siehe Aushang Datenschutzerklärung HealthDataSpace

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

mündlich aufgeklärt durch Arzt/Ärztin _____

Protokoll (Wird von der Praxis ausgefüllt)

GFR: _____ Kreatinin: _____ TSH: _____

i.v. Kontrastmittel

Nativ

Orales KM

Wasser, Trinkzeit: _____

Kein

Voraufnahmen eingelesen/vorhanden

Ja

Nein

Hier