



Fragebogen für die Computertomografie

Patientenaufkleber

Name:

Vorname:

Personalinformation ----- nicht vom Patienten auszufüllen!!

GFR

Kreatinin

TSH

Untersuchungsprotokoll: _____

i.v. Kontrastmittel

NEIN

JA

Orales Kontrastmittel:

Wasser

Kein

Voraufnahmen bestellt

NEIN

JA

Wo? _____

Patient hat Voraufnahmen mitgebracht.

NEIN

JA

Patient holt Befund / CD ab

am: _____ um: _____

Anamnese:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie wurden von Ihrem behandelnden Arzt zur Computertomografie (CT) überwiesen.

Um den Untersuchungsablauf für Sie so angenehm wie möglich zu gestalten und uns die Beurteilung Ihrer Aufnahmen zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen aufmerksam zu lesen und entsprechende Fragen gewissenhaft zu beantworten.

Für die Untersuchung kann es notwendig sein, dass wir Ihnen ein jodhaltiges Kontrastmittel (KM) in eine Vene spritzen; dies kann zur Klärung der Beschwerden beitragen.

Durch die Venenpunktion bzw. Injektion des KM (Druckinjektion) kann es zu Reizungen, Schwellungen und evtl. Kontrastmittelaustritt in das umliegende Gewebe kommen.

Dabei können Sie ein Wärmegefühl empfinden, einen metallischen Geschmack auf der Zunge vermerken oder auch einen Harndrang verspüren.

Dieses sind normale Begleiterscheinungen der Kontrastmittelinjektion. Sie verschwinden innerhalb von Sekunden bis Minuten.

Sehr selten kann es zu allergischen Reaktionen wie Herzklopfen, Schwindel, Brechreiz, Engegefühl im Hals, Juckreiz, Ausschlag und Niesreiz kommen. Diese leichten Reaktionen klingen meist von selbst ab.

Extrem selten kann es zu Kreislaufproblemen mit Herzrhythmusstörungen oder Atemnot kommen, die eine akute medikamentöse Therapie und eventuell einen stationären Aufenthalt erforderlich machen.

Darauf sind wir vorbereitet!

Falls Ihr Bauch (Abdomen) untersucht werden soll, kann es notwendig sein, dass Sie eine Flüssigkeit über einen Zeitraum verteilt trinken, die uns die Darmschlingen deutlicher sichtbar macht. Sehr selten wirkt dieses im Laufe des Tages leicht abführend.

Bitte wenden →

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:

Ist von der Beschwerderegion schon einmal eine Röntgenuntersuchung, Computertomografie oder Kernspintomografie gemacht worden? NEIN JA

Falls ja, wann: _____ wo: _____

Sind Sie in diesem Bereich schon einmal operiert worden (einschließlich Endoskopie) NEIN JA

Falls ja, in welchem Bereich? _____

Sind Sie schon einmal wegen einer bösartigen Erkrankung behandelt worden? NEIN JA

Falls ja, in welchem Bereich? _____

Fragen zur Kontrastmittelgabe:

Haben sie eine **Allergie?** NEIN JA
Falls ja, welche? _____

Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten? NEIN JA
Welches Organ wurde untersucht? _____

Haben Sie eine **Unverträglichkeit gegen Kontrastmittel?** NEIN JA

Haben Sie **eine Schilddrüsenerkrankung?** NEIN JA
Falls ja, welche? _____ Medikamenteneinnahme? _____

Haben Sie eine **Funktionseinschränkung der Nieren?** NEIN JA

Sind Sie **Diabetiker?** NEIN JA
Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie? _____

Spricht etwas **Anderes** gegen eine Kontrastmittelgabe? NEIN JA

Besteht eine **Schwangerschaft?** NEIN JA

Körpergröße: _____cm

Körpergewicht: _____kg

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und bin mit der Untersuchung einverstanden JA NEIN

Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden JA NEIN

Ich bin mit einer elektronischen Archivierung (Aufbewahrung) des Fragebogens einverstanden
(siehe Aushang im Wartezimmer oder roentgenpraxis-trier.de) JA NEIN

Ich bin mit der Anforderung/Weitergabe meiner Befunde ggf. Bilder bei/an meine/n behandelnden Ärzte oder Kliniken und Arztpraxen einverstanden JA NEIN

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____