



Frage- / Aufklärungsbogen für eine Computertomographie / CT

kg m

Name, Vorname	Geburtsdatum	Größe, Gewicht
	Krea: _____	TSH: _____

Wichtige Informationen zur Kontrastmittelgabe (intravenös, jodhaltig)

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels erforderlich. Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen; bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag u. ä. Reaktionen kommen, die von selbst wieder abklingen. Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufs sind selten. Schwere, lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten. Um das Untersuchungsrisiko möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten:

Ist bei Ihnen eine Allergie (z. B. Heuschnupfen, Medikamenten- oder Nahrungsmittelallergie - insbesondere JOD) bekannt? Ja , welche? _____ Nein

Traten bei früheren i.v. Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten auf? Ja , wann und welche? _____ Nein

Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion? Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes mellitus und müssen dies medikamentös (Tabletten) behandeln? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Ja Nein

Hatten Sie an der heute untersuchten Region eine OP? Ja Nein
wenn ja, wann? _____ was wurde operiert? _____

Welche Beschwerden haben Sie an der heute untersuchten Region? Auf welcher Seite? links rechts

Bei Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie? Ja Nein unklar

Sind Sie mit einer venösen Kontrastmittelgabe einverstanden? Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass Sie nach der Untersuchung möglichst viel trinken sollten (z. B. Mineralwasser, Tee) um die Kontrastmittelausscheidung zu beschleunigen.

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen zur Anamnese nach bestem Wissen beantwortet.

Ich bin mit der Übermittlung und Anforderung meiner Behandlungsdaten sowie Nutzung des easyRadiology Portals einverstanden.

Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie höflichst den Termin rechtzeitig abzusagen, damit für andere Patienten keine langen Wartezeiten und für uns kein Schaden durch den Ausfall entsteht!

Ort, Datum **Unterschrift Patient*in / Erziehungsberechtigte*r / gesetzl. Betreuer*in**

Unterschrift Arzt