

Patientenfragebogen CT					Version	Seite
F	40	7	7.5	21.7.10	1.0	1 von 1

Radiologie

Main Park Center

Name, Vorname

geb.:

Pat.-Nr

Patientenfragebogen CT

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wollen Ihre Untersuchung optimal planen und durchführen.
Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen:

- Wurde bereits einmal eine CT-Untersuchung der gleichen Körperregion durchgeführt?

Ja

Nein

Wenn ja: wann und wo? _____

Ja

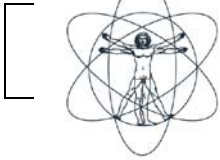
Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass der Befundbericht dieser Untersuchung meinem überweisenden Arzt oder anderen behandelnden Ärzten übermittelt wird

Bei Frauen:

- Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?
Falls ja: bitte melden Sie sich an der Anmeldung!

Bitte wenden!



Aufklärungsbogen zum CT-Kontrastmittel					Version	Seite
F	39	7	7.5	21.7.10	1.0	1 von 1

Pat.-Nr. _____

Aufklärungsbogen zum CT-Kontrastmittel

Liebe Patientin, lieber Patient,

Die modernen Kontrastmittel, wie sie auch in unserer Praxis verabreicht werden, werden über eine Armvene injiziert und sind sehr gut verträglich. Sie verspüren normalerweise allenfalls ein vorübergehendes Wärmegefühl oder einen metallischen Geschmack im Mund. Allergische Reaktionen (von Hautquaddeln bis zum Schock) sind sehr selten, aber nicht ganz auszuschließen. Bitte teilen Sie uns unbedingt mit, wenn bereits einmal eine solche Überempfindlichkeitsreaktion bei Ihnen aufgetreten ist. Wir werden dann gemeinsam eine Lösung finden.

CT-Kontrastmittel enthalten Jod. Bei Patienten mit einer Schilddrüsenüberfunktion dürfen solche Kontrastmittel nur unter besonderen Vorsichtsmaßnahmen gegeben werden.

Eine bereits eingeschränkte Nierenfunktion kann sich nach der Gabe von CT-Kontrastmittel verschlechtern. Das gilt insbesondere für Diabetiker, die ein Metformin-haltiges Medikament einnehmen. Diese Medikamente müssen drei Tage vor der Untersuchung abgesetzt werden.

Bitte beantworten Sie zu Ihrer und unserer Sicherheit folgende Fragen:

	Ja	Nein
Haben Sie schon einmal Röntgen- oder CT-Kontrastmittel bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es Unverträglichkeitsreaktionen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja: welche? _____		
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja: welche? _____		
Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja: was nehmen Sie ein? _____		
Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie Diabetiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie aufgrund Ihrer Diabetes-Erkrankung ein Metformin-haltiges Medikament ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde dieses Medikament vor mind. 3 Tagen abgesetzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Bei Unverträglichkeit von Röntgen- oder CT-Kontrastmittel, Schilddrüsenüberfunktion, Nierenerkrankungen oder Einnahme Metformin-haltiger Medikamente:
Melden Sie sich bitte an der Anmeldung!**

	Ja	Nein
Mit der Durchführung der Computertomographie bin ich einverstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit der Gabe von CT-Kontrastmittel bin ich einverstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mainaschaff, den _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt