

## Fragebogen zur Computertomographie

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Geb.:</b>
--------------	-----------------	--------------

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ **Größe:** \_\_\_\_\_

Liebe Patienten,

wir bitten Sie, diesen Informations- und Fragebogen sorgfältig durchzulesen und auszufüllen.

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

Für einige Untersuchungen ist es notwendig, dass wir Ihnen ein jodhaltiges Kontrastmittel in die Vene spritzen. Durch die Injektion dieses Kontrastmittels können Sie ein Wärmegefühl, einen metallischen Geschmack auf der Zunge oder auch einen Harndrang während der Untersuchung verspüren. Dieses sind die normalen Begleiterscheinungen der Kontrastmittelgabe. An der Punktionsstelle kann es zu einer Hautreizung, Bluterguss, Nachblutung oder Infektion kommen. Selten kann es hier zu einem Absterben von Haut und Unterhautgewebe kommen.

Das Kontrastmittel ist jodhaltig und darf bei einer Schilddrüsenüberfunktion ohne medikamentöse Vorbereitung nicht gegeben werden. Ebenfalls muss vor der Untersuchung mittels einer Blutabnahme ein spezieller Nierenwert bestimmt werden, da durch die Kontrastmittelgabe vorübergehende Störungen der Nierenfunktion auftreten können. Bleibende Nierenschäden sind sehr selten.

Vereinzelt kommt es zu allergischen Reaktionen durch die Injektion des Kontrastmittels. Diese machen sich durch Juckreiz, Niesen, Hautausschlag oder Erbrechen bemerkbar, was meist von selbst wieder abklingt. Extrem selten kann es zu Kreislaufproblemen mit Herzrhythmusstörungen oder Atemnot kommen, die eine medikamentöse Therapie und evtl. einen stationären Aufenthalt erforderlich machen.

Falls Sie Diabetiker sind und Metformin einnehmen, bitten wir sie, uns dies vor der Untersuchung mitzuteilen, da dieses Medikament 3 Tage vor und 3 Tage nach der Untersuchung abgesetzt werden sollte.

		Ja	Nein
1.	Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Bestehen Erkrankungen im Bereich des Kreislaufs? des Herzens? der Nieren? Plasmozytom bekannt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Sind sie Diabetiker? Wenn ja, welche Medikamente nehmen sie ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Haben sie eine Schilddrüsenerkrankung? Falls ja, welche?  Welche Medikamente nehmen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie eine chronische Infektionskrankheit? (HIV, TBC, Hepatitis?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wurden bereits schon einmal CT- oder Röntgenaufnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Frauen im gebärfähigem Alter: Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Traten bei früheren Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Sind Sie mit der Kontrastmittelgabe einverstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Einwilligung:**

Ich habe den Bogen sorgfältig gelesen und nach bestem Gewissen ausgefüllt. Ich willige in die Untersuchung ein und bin mit evtl. erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen einverstanden.

Kempfen, \$DruckDatum# \_\_\_\_\_

Patient/Patientin/evtl. gesetzlicher Vertreter

