

Patientenname :
Geburtsdatum :

Fragebogen zur Kontrastmitteluntersuchung

1. Wurden bei Ihnen die Nieren schon einmal untersucht?

JA NEIN WENN JA →

WO (Arzt/Ort)? WANN?

2. Liegt bei Ihnen eine Funktionsstörung der Nieren vor?

JA NEIN

3. Liegt bei Ihnen eine Nierenerkrankung vor?

JA NEIN WENN JA →

WELCHE?

4. Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?

JA NEIN WENN JA →

WELCHE?

5. Nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse ein?

JA NEIN WENN JA →

WELCHE?

6. Besteht bei Ihnen eine Jod- oder andersartige Allergie?

JA NEIN UNBEKANNT

7. Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung mit Kontrastmittel (z.B. Nieren- oder Venendarstellung, CT, Gefäßröntgen wie Angiographie oder Koronarangiographie) durchgeführt?

JA NEIN UNBEKANNT

Gibt es Komplikationen?

Kein medizinischer Eingriff ist völlig frei von Risiken. Das Kontrastmittel wird normalerweise sehr gut vertragen. Nach Kontrastmittelgabe treten üblicherweise kurzfristig ein Wärmegefühl und ein bitterer Geschmack auf. Seltene Unverträglichkeitsreaktionen sind Übelkeit und Brechreiz. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen (in ca. 0,04 %) wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe. Wie bei jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff sind lebensbedrohliche Komplikationen nicht völlig auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich. Das Risiko der Untersuchung ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr gering.

Wozu Kontrastmittel?

Eine Kontrastmittelgabe über eine Armvene hilft krankhafte Veränderungen zu erkennen und verbessert insbesondere bei der Abklärung des Hirns sowie der Brustraum- und Bauchorgane die Aussagekraft der Untersuchung deutlich.

8. Sind Sie mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden?

JA NEIN

9. Wurde bei Ihnen bereits früher eine CT-Untersuchung durchgeführt?

JA NEIN WENN JA →

WO (Arzt/Ort)?

WANN?

FÜR FRAUEN

10. Besteht bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft?

JA NEIN UNBEKANNT

Hinweise für Patienten, bei denen eine CT-Untersuchung durchgeführt werden soll :

Am Tag der CT-Untersuchung kommen Sie bitte **mit einer leichten Mahlzeit (z.b. ein Toastbot)** in die Praxis.

Wichtige Hinweise für Patienten mit **Diabetes mellitus**:
Nehmen Sie eines dieser Medikamente ein?

Biocos
Diabesin
Diabetase
espa-formin
glucobon biomo
Glucophage
Juformin
Mediabet
Meglucon
Mescorit
Met
Metfogamma
Metfor-acis

Metform AbZ
Metformin 1A-Pharma
Metformin AL
METFORMIN BASICS
metformin-biomo
metformin von ct
Metformin Heumann
Metformin Lich
METFORMIN-PUREN
Metformin-ratiopharm
Metformin STADA
Siofor
Thiabet

Falls Sie eines dieser Medikamente (oder ein anderes mit dem Wirkstoff **Metformin**) zur Behandlung Ihrer Zuckerkrankheit einnehmen, möchten wir Sie bitten, dieses Medikament 2 Tage vor der geplanten CT-Untersuchung abzusetzen und am Tag der CT-Untersuchung nicht einzunehmen. Bitte trinken Sie nach der CT-Untersuchung besonders viel.

Ich habe diesen Aufklärungsbogen gelesen, verstanden und habe keine weiteren Fragen. Ich willige in die CT Untersuchung ein.

Ich bin mir im Klaren, dass sich durch die Ablehnung einer Kontrastmittelgabe Diagnose und damit Behandlungen einer etwaigen Erkrankung erschweren und verzögern können.

Datum

Unterschrift

Kreatinin vom ___/___/09 _____ mg/dl TSH basal vom ___/___/09 _____ IU/ml