

AUFLÄRUNG UND ANAMNESE

COMPUTERTOMOGRAFIE (CT)

Bitte ankreuzen (X) und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum	
Vorname	Gewicht _____ (kg)	Körpergrösse _____ (cm)

Bei Ihnen ist vorgesehen, eine computertomografische Untersuchung durchzuführen. Es handelt sich hierbei um eine Schichtbilduntersuchung, die eine detaillierte Beurteilung verschiedenster Erkrankungen erlaubt. Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die zusätzliche Gabe eines jodhaltigen intravenösen Kontrastmittels erforderlich. Dieses ermöglicht uns, die Detailgenauigkeit zu verstärken, um die zahlreichen Strukturen, wie zum Beispiel Gefäße, noch besser unterscheiden zu können. Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen. Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel können ein Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer/metallischer Geschmack im Mund auftreten. Bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag, Kreislaufstörungen und ähnlichen unangenehmen Reaktionen kommen. Dies ist sehr selten und klingt in der Regel rasch wieder ab. Schwere lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten.

Sind bei Ihnen schon Untersuchungen mit Kontrastmittel durchgeführt worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, sind dabei Unverträglichkeiten aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche? _____		
Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche? _____		
Welche Medikamente / Blutverdünnungsmittel nehmen Sie regelmässig ein?		
Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen Diabetes bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____		
Ist bei Ihnen eine schwere Nierenkrankheit bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

FÜR FRAUEN

Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

NACH DER UNTERSUCHUNG BITTE BEACHTEN

Das Kontrastmittel wird mit dem Urin wieder ausgeschieden. Um dies zu unterstützen, sollten Sie nach der Untersuchung viel trinken. Orale Kontrastmittelgabe kann zu Übelkeit, Durchfall oder Unwohlsein führen. Bitte kontaktieren Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin bei erheblichen Beschwerden.

Hiermit bestätige ich, die oben genannten Fragen verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Unterschrift : _____

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)