

COMPUTERTOMOGRAFIE (CT)

Bitte ankreuzen (X) und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

PERS	ONLICH	F ANGAREN

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 dur Falls ja, sind dabei Unverträglichkeiten aufgetreten? Welche?	den?	□Ja	Nein			
Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Welche?		☐Ja	Nein			
Welche Medikamente / Blutverdünnungsmittel nehmen Sie r	?					
Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion?	Ja	Nein				
Ist bei Ihnen Diabetes bekannt? Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?		☐Ja	Nein			
Ist bei Ihnen eine schwere Nierenkrankheit bekannt?		Ja	Nein			
Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden?		☐ Ja	Nein			
FÜR FRAUEN						
Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?			☐ Ja	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.						
Datum:		Unterschrift:				

Visum intern: __

10/19 bc medien ag