



ANAMNESEBOGEN COMPUTERTOMOGRAPHIE

Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung

Name, Vorname, Geburtsdatum

Tel.: _____ E-Mail: _____ Hausarzt _____

Ist Ihnen früher schon einmal jodhaltiges Röntgenkontrastmittel gespritzt worden? ja nein
(z. B. Nierenuntersuchungen, Herzkatheteruntersuchungen, Gefäßuntersuchungen, CT)

Haben Sie nach der Röntgenkontrastmittelgabe Nebenwirkungen verspürt?
(z. B. Übelkeit, Hautausschlag, Jucken, Niesreiz, Luftnot, Kreislaufbeschwerden oder Ähnliches) ja nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z. B. Jod, Penicillin, Cortison, Pflaster, Latex, Nickel, Quecksilber, Fructoseintoleranz) ja nein
Falls ja, welche? _____

Gibt es Voruntersuchungen (Röntgen, CT, MR, Nuklearmedizin, PET) des heute zu untersuchenden Körperteiles? In der Praxis/Krankenhaus: ja nein

Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen Morbus Basedow (immunogene Hyperthyreose) oder SD-Autonomie diagnostiziert worden (Schilddrüsenerkrankungen)? ja nein

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente? ja nein

Falls ja, welche? _____

Steht eine geplante Schilddrüsenuntersuchung bevor? ja nein

Falls ja, wann? _____

Wurden Sie an der Schilddrüse operiert oder hatten Sie eine Radiojodtherapie? ja nein

Nehmen Sie wegen eines Diabetes Tabletten ein? ja nein

Falls ja, welche? _____

Wurden die Tabletten abgesetzt? ja nein

Ist bei Ihnen eine Einschränkung der **Nierenfunktion** bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen ein Plasmozytom/MGUS (monoklonale Gammopathie) bekannt? ja nein

Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung verändern? (z. B. Marcumar oder ASS) ja nein

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, etc.) bekannt? ja nein

Falls ja, welche? _____

Sie haben Anspruch auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. (Nach § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. Ich möchte eine Kopie dieses Anamnesebogens.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich hinreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Gewicht (kg): _____ Größe (cm): _____ Alter: _____ Datum/Unterschrift: _____

(gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter)

Für Patientinnen:

Befinden Sie sich in der Stillzeit? ja nein

Ich bestätige hiermit, dass bei mir zurzeit keine Schwangerschaft besteht, bzw. mir das Vorliegen einer solchen nicht bekannt ist.

Letzte Regelblutung: _____ Datum/Unterschrift: _____

(gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter)

Bitte lesen Sie die Patientenaufklärung auf der Rückseite!

Patientenaufklärung – Bitte aufmerksam durchlesen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der eventuell ein Kontrastmittel verabreicht werden muss. Die alleinige Kontrastmittelgabe hat keine Auswirkung auf Ihre Fahrtüchtigkeit.

Sie liegen auf einer Liege, die sich langsam in die runde Öffnung des Computertomographen hineinbewegt. Die Öffnung ist hierbei relativ weit, so dass Sie sich nicht eingeeengt fühlen müssen. Während der Untersuchung sollten Sie ganz ruhig und entspannt liegen. Bitte vermeiden Sie Bewegungen und befolgen Sie ggf. die Anweisungen zur Atmung. Bei bestimmten Untersuchungen ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Vene einzuspritzen, um aussagekräftige Bilder zu erhalten. Hierbei kann es im Körper zu einem leichten, harmlosen Wärmegefühl sowie zu einem veränderten Geschmack auf der Zunge kommen, was nach wenigen Sekunden verschwindet. Bei Untersuchungen des Bauches erhalten Sie einige Zeit vor der Computertomographie zusätzlich ein aufgelöstes Kontrastmittel zu trinken.

Röntgenkontrastmittel enthalten Jod. Manche Patienten reagieren auf Kontrastmittel allergisch und dürfen deshalb auf diese Weise nicht untersucht werden. Allergische Reaktionen sind sehr selten wie z. B. Übelkeit, Erbrechen, Hautreaktionen oder schwere Kreislaufreaktionen. Auch bei einer Schilddrüsenüberfunktion sowie bei einer Nierenfunktionsstörung darf Röntgenkontrastmittel nicht gegeben werden.

Wir möchten das Untersuchungsrisiko für Sie so gering wie möglich halten. Deshalb verwenden wir modernste Kontrastmittel, bei denen allergische Reaktionen sehr selten auftreten. Bei einer Neigung zu bestimmten Allergien spritzen wir zu Ihrer Sicherheit zusätzliche Medikamente, die eine leichte vorübergehende Müdigkeit verursachen können. In diesem Fall dürfen Sie wegen der vorübergehenden Einschränkung Ihrer Straßenverkehrstauglichkeit in den nächsten 2 Stunden kein Kraftfahrzeug oder Zweirad steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.

Während der Untersuchungszeit befinden wir uns in Ihrer unmittelbaren Nähe. Bitte teilen Sie uns alles mit, was Sie beunruhigt, insbesondere, wenn Sie folgende Symptome verspüren: Nies- oder Juckreiz, Quaddelbildung, Husten, Atemschwierigkeiten, Schwindel, Übelkeit oder Schmerzen im Bereich der Injektionsnadel.

Falls nicht anders angeordnet sollten Sie nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel viel trinken, um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu beschleunigen. Sollten noch am Untersuchungstag oder in den darauffolgenden Tagen plötzlich Juckreiz, Niesreiz, Schmerzen, Übelkeit, Durchfall oder andere körperliche Symptome auftreten, informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt.

von _____ bis _____

Dieser Bereich wird von der Praxis ausgefüllt!

_____ KV	_____ ml	<input type="checkbox"/> Accupaque
_____ mAs		<input type="checkbox"/> Barilux
_____ Aufnahmen		<input type="checkbox"/> Micropaque
_____ Filme		<input type="checkbox"/> Gastrografin
_____ CD		
_____ Papierdruck	_____ TSH	
_____ PP	_____ CREA	

Notizen:

Arzt: _____