

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

vor der Untersuchung möchten wir
Sie bitten folgende Angaben zu machen:



Besteht eine bekannte **Allergie gegen Kontrastmittel oder Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja - welche?

Traten früher nach der Verabreichung von **Kontrastmittel Nebenwirkungen** auf? Ja Nein

Übelkeit, Erbrechen, Würgegefühl

Atemnot, Asthmaanfall

Hautausschlag, Schüttelfrost

Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit

Ist eine Grunderkrankung der Nieren oder der Schilddrüse bekannt? Ja Nein

Wenn ja - welche?

Kreatinin: GFR: TSH: SD-Medikation:

Diabetiker: Nehmen Sie ein metforminhaltiges
Medikament?

Ja

Nein

wann:

Diabetex

Glucophage

Meglucon

Metformin

Orabet

anderes:

Frauen: Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? Ja Nein

Frauen: Stillen Sie derzeit? Ja Nein

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Ja Nein wieviel: / Tag

Leiden Sie aktuell unter COPD oder Asthma? Ja Nein Medikation:

Wurde bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung festgestellt? Ja Nein

Welche?

Geben Sie den Grund für die heutige Untersuchung an:

Wurden Sie schon einmal auf Grund
dieser Beschwerden behandelt?

Ja

Nein

wann:

Wie wurde bereits
behandelt?

Welche Operationen hatten Sie bisher?

wann:

Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? Ja Nein

Vielen Dank! Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie Ihre Angaben und stimmen nach ausreichender Aufklärung der geplanten CT-Untersuchung zu.

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der/des RT

cm kg

Name der Patientin/des Patienten (Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen!)

Größe

Gewicht

Vom Personal auszufüllen:

Diabetiker-Info mitgegeben

Krea-Info mitgegeben