

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

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

cm

kg

Größe

Gewicht

**Vom Personal auszufüllen:**

Diabetiker-Info mitgegeben

Krea-Info mitgegeben