

CT - Kontrastmittelbogen

Radiologische Praxis
Dr. med. A.Packebusch
Tel. 03843 – 21 56 20

Untersuchung am:

Name: Vorname: Geb.am:

Größe:cm Gewicht:kg Tel.:

Vorgesehene Untersuchung:.....

Bitte beantworten Sie uns vorher folgende Fragen:

Bitte jede Frage beantworten!

	JA	NEIN
1. Sind sie früher schon mit Röntgenkontrastmittel, dass mit einer Spritze verabreicht wurde, untersucht worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn ja, sind hierbei Nebenwirkungen wie z.B. Hautausschlag Juckreiz, Kreislaufreaktionen o.ä. aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie eine Allergie (Überempfindlichkeit) gegen		
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestimmte Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestimmte Pollen/Gräser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie an		
Bronchialasthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen (Gicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker (Wenn ja, welches Medikament?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist bei Ihnen demnächst eine nuklearmedizinische Untersuchung vorgesehen (Schilddrüsenzintigraphie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurde bereits früher einmal der gleiche Körperbereich bei Ihnen geröntgt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beantwortung durch Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie eine ansteckende Infektionskrankheit		

(z.B. AIDS, MRSA, Hepatitis, HIV, Tbc...)



Bitte wenden

Erklärung des Patienten:

Hiermit bestätige ich der behandelnden Ärztin/Arzt, dass ich eingehend über die medizinische Notwendigkeit und den Ablauf der vorgesehenen Röntgenuntersuchung, sowie über die untersuchungsspezifischen Risiken aufgeklärt wurde.
Gleichzeitig wurden mir insbesondere die möglichen, wenn auch seltenen Nebenwirkungen bei einer Kontrastmittelgabe erläutert.
Ich willige in die vorgesehene Untersuchung ein.
Ich bin mit der Anforderung eventueller auswärtiger Voruntersuchungen einverstanden.
Des Weiteren erteile ich der radiologischen Praxis von Frau Dr. med. A. Packebusch, widerruflich die Erlaubnis auf meine Befunde/Bilder der Radiologischen Praxis von Herrn Thorsten Peter, sowie der vormaligen BAG Güstrow zuzugreifen.

.....
Unterschrift des Arztes

.....
Unterschrift des Patienten