
Überörtliche Radiologische Gemeinschaftspraxis Marl/Haltern am See

Dr. med. M. Mühlen - Dr. med. G. Koch - Dr. med. A. Wruck

Ärzte für Diagnostische Radiologie

Hervester Straße 57 - 45768 Marl - Tel. 02365 12093 Fax 02365 12095

Gartenstraße 2 - 45721 Haltern am See - Tel. 02364 104388 Fax 02364 169823

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Aufklärung zur intravenösen Kontrastmittelgabe bei der CT-/Röntgen-Untersuchung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr behandelnder Arzt hält es für erforderlich, dass bei Ihnen eine Computertomographie (Schichtaufnahme mit Röntgenstrahlung) durchgeführt wird. Durch die Anwendung eines jodhaltigen Kontrastmittels, verabreicht in eine Vene, erhöht sich die Genauigkeit der Untersuchung.

Gelegentlich kommt es nach der Kontrastmittelgabe zu einem Wärmegefühl, metallische Geschmacksempfindungen oder Übelkeit. In seltenen Fällen treten allergische Reaktionen wie Hautrötungen, Hautausschlag, Juckreiz oder Luftnot auf. Die Symptome bilden sich unter medikamentöser Behandlung meist schnell zurück.

Um diese Risiken möglichst gering zu halten, muss der Arzt folgendes wissen:

1. Haben Sie schon einmal Röntgen-Kontrastmittel gespritzt bekommen? Ja Nein
Wenn ja, bei welcher Untersuchung: _____
2. Ist Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt? Ja Nein
3. Ist Ihnen eine **Überfunktion** der Schilddrüse bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche Schilddrüsen-tabletten nehmen Sie ein? _____
4. Ist in der nächsten Zeit eine Schilddrüsenuntersuchung geplant? Ja Nein
5. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? Ja Nein
6. Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes) bekannt? Ja Nein
Wenn ja, bitten wir Sie (nach Rücksprache Ihrerseits mit dem behandelnden Arzt),
METFORMINHALTIGE Tabletten 1 Tag vor und 2 Tage nach der geplanten Untersuchung abzusetzen!
7. Ich möchte eine Kopie **dieses** Blattes haben. Ja Nein
8. Ich bin damit einverstanden, dass meine Voraufnahmen und Befunde angefordert werden dürfen. Ja Nein
Falls Voraufnahmen vorhanden, bringen Sie diese bitte zur Untersuchung mit.
9. Für Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Falls Sie im Besitz von Voraufnahmen und Vorbefunden sind, bringen Sie diesen bitte zur Untersuchung mit.

Wir benötigen für diese Untersuchung die aktuellen Blutwerte (Kreatinin- und TSH-Werte). Bitte bringen Sie diese zur Untersuchung mit.

Wenn Sie mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte hier:

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten