



DIE RADIOLOGIE
INDIVIDUELLE DIAGNOSTIK

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Tel. (tagsüber): _____
Straße: _____ PLZ/ Ort: _____
Krankenkasse: _____
Pat ID: _____ Aktuell Datum: _____

Vor der Untersuchung

Die Computertomographie ist eine Röntgentechnik, durch die mit Hilfe eines Computers Querschnittsbilder Ihres Körpers erstellt werden können. Diese Art der Darstellung ermöglicht dem Arzt eine noch genauere Beurteilung eventuell vorhandener Krankheitsprozesse bzw. deren Behandlung. Die Aussagekraft der Untersuchung wird bei einigen Fragestellungen durch Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels entscheidend verbessert. Die Untersuchung wird speziell auf die zu beantwortende Fragestellung abgestimmt, um mit einer möglichst geringen Strahlenexposition eine optimale Bildqualität zu erreichen. Für die Untersuchung des Bauchraumes ist meistens ein orales Kontrastmittel erforderlich, welches über einen längeren Zeitraum getrunken werden sollte um die Genauigkeit der Untersuchung zu erhöhen.

Während der nur wenige Sekunden dauernden Aufnahmen bekommen Sie gegebenenfalls Atemkommandos über einen Lautsprecher. Sie sollten ruhig und entspannt liegen und nicht sprechen. Sie stehen zu jedem Zeitpunkt der Untersuchung unter ärztlicher Beobachtung.

Kontrastmittelgabe

Das Kontrastmittel wird normalerweise gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit (sog. Allergie) kann es von Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag bis hin zu sehr seltenen, aber schwerwiegenden Überempfindlichkeitsreaktionen mit Beeinträchtigung der Kreislauf, Leber, Nieren und Nerven kommen, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen können. Sehr selten kann eine Vene im Rahmen der Hochdruckinjektion des Kontrastmittels platzen. Ein Kontrastmitteldepot und ein Hämatom im Gewebe können die Folge sein. Beide Flüssigkeitsverhalte resorbieren sich im Verlauf. Sollten sehr seltene Spätreaktionen auf das Kontrastmittel (u.a. Juckreiz, Hautrötung) einige Stunden nach Kontrastmittel-Gabe auftreten, suchen Sie bitte einen Arzt auf.

Um eventuelle Risiken (z.B. Nieren- und Schilddrüsenfunktionsstörung) bei der Gabe von Kontrastmittel im Vorfeld der Untersuchung zu erkennen und so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse, die umseitigen Fragen sorgfältig zu beantworten und darüber hinaus bestehende Unklarheiten mit einem unserer zuständigen Ärzte vor der Untersuchung zu besprechen.



DIE RADIOLOGIE
INDIVIDUELLE DIAGNOSTIK

Nach der Untersuchung

Ihre Aufnahmen werden nach der Untersuchung dokumentiert und vom zuständigen Arzt beurteilt. Dies kann einige Zeit in Anspruch nehmen. Anschließend können Sie diese sofort mitnehmen. Bitte bleiben Sie bis dahin in der Praxis, falls noch Rückfragen bestehen.

Ich habe diese Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet.

München, _____

Unterschrift Patient/in _____



Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Fragebogen Computertomographie mit Kontrastmittel

Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
Kreatinin: _____ mg/dl GFR: _____ ml/min TSH basal: _____ mU/l
Protokoll: _____

1. Ihre derzeitigen Beschwerden: _____
 2. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. Heuschnupfen) bzw. besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten?
 ja welche: _____ nein
 3. Hatten Sie bereits einmal Beschwerden bei früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel (z.B. Kreislaufreaktionen, Atemnot, etc.)? -z.B. Nierenuntersuchung, Herzkatheter, Gefäßdarstellung, Computertomographie
 ja welche: _____ nein
 4. Leiden Sie an einer: _____ **Medikamente**
- Schilddrüsenüberfunktion? ja nein _____
- erhöhten Blutungsneigung? ja nein _____
- Herzerkrankung? ja nein _____
- Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein _____
Wenn ja, nehmen Sie metformin-haltige Medikamente ein? (z.B. : Glucophage, Diabetase, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Meltormin, Siolor, Thiabet, Met, Glucobon, Diabesin, Biocos)
- Nierenerkrankung ja nein
 5. Wurden bei Ihnen bereits früher computertomographische Aufnahmen angefertigt, die für die heutige Untersuchung relevant sein könnten?
 ja (wann und in welcher Praxis/ Klinik) _____
 nein hier im Hause
 6. Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ja nein
 7. Sind bei Ihnen ansteckende Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis B oder C) bekannt?
 ja _____ nein
- Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit Operationen in den zu untersuchenden Bereichen durchgeführt?
 ja Wann? Organ? _____ nein
- Mit einer Kontrastmittelinjektion bin ich einverstanden ja nein

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden.
- Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis für die Datenübermittlung, der im Rahmen meiner Behandlung erhobenen Befunde und erstellten Bilder (besondere



DIE RADIOLOGIE
INDIVIDUELLE DIAGNOSTIK

Arten personenbezogener Daten nach §4a Abs.3 BDSG) an meinen überweisenden bzw. weiterbehandelnden Arzt.

- Ich bin einverstanden, dass meine Daten auf dem Hauptserver zur langfristigen Datensicherung gespeichert werden.

München, _____ Unterschrift Patient/in _____

Unterschrift des Arztes _____

Ich bin einverstanden, dass mein/e Sohn / Tochter in der Praxis "Die Radiologie - Radiologische und Nuklearmedizinische Partnergesellschaft München" mittels **Computertomographie mit ggf. intravenöser Kontrastmittel-Gabe** untersucht wird.

Name, Vorname (Vater/Mutter/Erziehungsberechtigter) in Druckbuchstaben

Unterschrift Vater/Mutter/ Erziehungsberechtigter