

Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Name: _____ Geb. – Datum: _____

Hausarzt: _____

Sehr geehrte/r Patient/in,

bei Ihnen soll eine **CT-Untersuchung** durchgeführt werden, bei der eventuell eine intravenöse Kontrastmittelgabe erforderlich ist.

Gelegentlich tritt bei der Injektion des Kontrastmittels Hitzegefühl, Übelkeit oder Erbrechen auf.

Selten erzeugt die Injektion ein vorübergehendes Schmerzgefühl im Arm. Sehr selten sind

Unverträglichkeitsreaktionen wie Nesselsucht der Haut, Atemnot oder Kreislaufbeschwerden.

Da diese Reaktionen häufiger bei Patienten mit bekannter Allergie auftreten, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. **Ist Ihnen schon einmal ein Kontrastmittel in die Vene (oder Schlagader) injiziert worden?**

Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____

2. **Ist es hierbei zu Unverträglichkeitsreaktionen gekommen?**

Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____

3. **Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?**

Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____

4. **Besteht eine Schwangerschaft?**

Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____

5. **Besteht eine Infektionserkrankung?**

Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____

6. **Besteht eine asthmatische Erkrankung?**

Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____

7. **Besteht eine Überfunktion der Schilddrüse?**

Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____

8. **Besteht eine Störung der Nierenfunktion?**

Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____

9. **Besteht ein Diabetes mellitus mit einer Medikation von Metformin?**

Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____

Falls Sie noch weitere Fragen haben, richten Sie diese bitte an den Arzt.

Hiermit willige ich in die Gabe eines iodhaltigen Kontrastmittels ein.

Ich lehne eine Kontrastmittelgabe ausdrücklich ab.

Hiermit willige ich in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

Korbach, den _____ Unterschrift: _____