

Nachname: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse/Sondertarif: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Anamnese
(wird vom Personal ausgefüllt)

Irenat	<input type="checkbox"/>	AG	<input type="checkbox"/>	Krea	_____
Histakut	<input type="checkbox"/>	CD	<input type="checkbox"/>	GFR	_____
H2O oral	<input type="checkbox"/>	QR	<input type="checkbox"/>	TSH	_____
				KM	_____ ml

Entsprechend Ihrer Überweisung ist bei Ihnen eine computertomographische Untersuchung (CT) geplant. Der Computertomograph arbeitet mit Röntgenstrahlung. Die Strahlenbelastung ist gering, aber höher als beim konventionellen Röntgen. Gegebenenfalls wird die Untersuchung durch eine Kontrastmittelinjektion in den Arm ergänzt. Wie bei anderen Arzneimitteln auch, sind bei diesem jodhaltigen KM in seltenen Fällen Überempfindlichkeiten mit *Juckreiz, Niesen, Hautausschlag* oder *Übelkeit* möglich. Schwere Reaktionen (Atemstörungen, Herz-Kreislauf-Reaktionen) sowie lebensbedrohende Komplikationen sind extrem selten.

Ihr/e überweisende/r Ärztin/Arzt erhält den Befund nach ca. 4 Tagen. Bei dringenderen Terminen oder anderweitigen Fragen wenden Sie sich bitte direkt an das Personal der CT-Abteilung.

Um das Untersuchungsrisiko möglichst gering zu halten, bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Haben Sie früher schon einmal Kontrastmittel bei einer CT-Untersuchung erhalten?..... ja nein
 Falls ja: Gab es dadurch Unverträglichkeitserscheinungen oder andere Probleme? ja nein
 Bestehen Allergien? ja nein
 Bestehen Blutgerinnungs- oder Nierenfunktionsstörungen?..... ja nein
 Leiden Sie an einer Schilddrüsenunterfunktion oder **-überfunktion?** ja nein
 Falls ja: Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Ist in nächster Zeit eine Schilddrüsenuntersuchung geplant?..... ja nein

Für unsere Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
 Stillen Sie? ja nein

Einwilligungserklärung: Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung sowie der evtl. erforderlichen Kontrastmittelinjektion einverstanden und wurde über den Ablauf sowie die Risiken ausreichend aufgeklärt.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/in oder gesetzliche Vertretung _____

Bitte wenden →

Fragen zur Untersuchung und den aktuellen Beschwerden

Wurde die heute zu untersuchende Körperregion früher schon einmal untersucht?..... ja nein

Wenn ja: Wann? In welcher Klinik/Praxis?

Welcher Art sind Ihre Beschwerden?

.....

.....

.....

.....

Wurden Sie im Bereich der zu untersuchenden Körperregion operiert? ja nein

Wenn ja: Wann? Was genau wurde operiert?

Im Fall eine Tumorerkrankung:

Erfolgte eine Chemo-/Immuntherapie?..... ja nein

Erfolgte eine Bestrahlung? ja nein

Erfolgt aktuell eine Therapie?..... ja nein

Wenn ja: Welche?

Tragen Sie im oder am Körper

einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? ja nein

andere elektronische Geräte (Hörgeräte, Insulinpumpe, Stimulator usw.) ja nein

herausnehmbaren Zahnersatz? ja nein

medizinische Implantate (künstliche Gelenke, Stents, Cochleaimp.) oder Metallsplitter .. ja nein

Ärztliche Anmerkungen	
Rostock,	
Ort, Datum	Unterschrift Radiologin/Radiologe