



## Computertomographie Informations - und Anamnesebogen

### Vorbestehende Erkrankungen:

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- Zuckerkrankheit (medikamentenpflichtig) Ja  Nein
- Wenn Sie Metformin wegen Ihrer Zuckerkrankheit bekommen, haben Sie es vor 2 Tagen abgesetzt? Ja  Nein
- Herzerkrankung Ja  Nein
- Erkrankung der Schilddrüse Ja  Nein
- Allergien Ja  Nein
- Nierenblutwert Kreatinin erhöht Ja  Nein
- Haben Sie einen künstlichen Darmausgang? Ja  Nein
- Frühere Kontrastmittel-Gaben? Ja  Nein
- Wenn ja, haben Sie diese gut vertragen? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Medikamente? Ja  Nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Schwanger** Ja  Nein  Letzte Periode: \_\_\_\_\_

### Mögliche Komplikationen der KM-Gabe:

Kontrastmittel werden in der Regel gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit können Nebenwirkungen wie z.B. Übelkeit, Brechreiz, Juckreiz usw. auftreten. Schwere Nebenwirkungen wie allergisches Asthma, Kreislaufkollaps und Schock sind äußerst selten. Die oben aufgeführten Symptome können gelegentlich auch noch nach Stunden oder Tagen auftreten. Falls dies der Fall sein sollte, rufen Sie bitte entweder ihren Hausarzt oder bei bedrohlich erscheinenden Symptomen den Notarzt an. Nach der Untersuchung sollten Sie viel trinken, damit das Kontrastmittel gut ausgeschieden wird.

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

Unterschrift M. Kollerer oder Dr. Purucker

### Erklärung der Patienten bzw. Sorgeberechtigten

Ich bin von Herrn M. Kollerer/Dr. med. M. Purucker in einem Aufklärungsgespräch über Durchführung, Nutzen und Risiko der geplanten Untersuchung informiert worden. Dabei sind alle oben aufgeführten Punkte besprochen worden. Ich habe keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung zu jeder Zeit widerrufen kann. Ich bin mit der Kontrastmitteluntersuchung einverstanden. Ich habe diese Informationen und die gestellten Fragen verstanden und korrekt beantwortet.

\_\_\_\_\_  
Marktredwitz, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / ggf. der Eltern