

## CT-Untersuchung

### Anamnesebogen vor jodhaltiger Kontrastmittel-Gabe

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

---

Liegt bei ihnen eine **Nierenerkrankung** vor? Ja  Nein

Liegt eine **Schilddrüsenüberfunktion** vor? Ja  Nein

---

Leiden Sie an **Diabetes**? Ja  Nein

Nehmen Sie ein Diabetesmittel in Tablettenform ein?  
(Metforminhaltiges, z.B. Diabesin, Glucobon-Biomo, Glucophage) Ja  Nein

---

**Bei weiblichen Patienten:**  
Besteht z. Zt. eine Schwangerschaft? Ja  Nein

---

**Allergie bekannt?** Ja  Nein   
Gegen welche Mittel \_\_\_\_\_

**Kontrastmittelallergie** Ja  Nein

---

Bei der bei Ihnen durchzuführenden Untersuchung muss, je nach Fragestellung des überweisenden Kollegen, eventuell ein **jodhaltiges** Kontrastmittel in eine Vene verabreicht werden. Diese Kontrastmittel werden von den meisten Menschen gut vertragen. Sollte bei Ihnen allerdings eine Allergie gegen Kontrastmittel, Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt sein, teilen Sie uns dies **vor der Untersuchung** unbedingt mit.

- bitte wenden -

Auch bei nicht bekannter Allergie kann es gelegentlich zu leichten allergischen Reaktionen kommen. Sollten bei Ihnen neben einem kurzfristigen Hitze- oder Übelkeitsgefühl, zusätzlich Nies- oder Juckreiz, Hautquaddeln, ein Beklemmungsgefühl oder Schwellungen der Schleimhäute auftreten, kann man diese Reaktionen durch Medikamente behandeln. Selbst auf einen – extrem selten auftretenden – Kreislaufschock sind wir hier in der Praxis vorbereitet.

**Bei eingeschränkter Nierenfunktion kann durch die KM-Gabe ein bleibender Nierenschaden bis zur Dialysepflichtigkeit auftreten. Daneben kann es bei Überfunktion der Schilddrüse zu einem eventuell lebensbedrohlichen Anstieg der Schilddrüsenhormonwerte kommen.**

Wir sind aufgrund der Röntgenverordnung verpflichtet, Ihnen alle diese Nebenwirkungen zu schildern, es muss aber gleichzeitig betont werden, dass eine Ablehnung der Kontrastmittelgabe die Aussagekraft auch dieser Untersuchungsmethode einschränkt, so dass ein für Ihre Gesundheit gefährlicher Prozess evtl. nicht frühzeitig erkannt werden könnte. Sollten sie diesbezüglich weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte direkt an den Arzt.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass, wenn es aus medizinischen Gründen nötig ist, meine Röntgen- oder CT- bzw. MR-Bilder z.B. an das Krankenhaus Pirmasens oder auch an andere Krankenhäuser, die mich behandeln, weitergeleitet werden dürfen.

Pirmasens, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Patienten  
(bzw. des Erziehungsberechtigten)**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Arzt / Helfer**

**(nur von Praxismitarbeiter auszufüllen!!!!)**

**Verwendetes Kontrastmittel**

Iohexagitta 300 \_\_\_\_\_ ml

Imeron (Krankenhaus) \_\_\_\_\_ ml

Iopamigita 300 \_\_\_\_\_ ml

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_ ml