

Röntgenuntersuchung/Computertomographie mit intravenösem Kontrastmittel

Name:.....

Vorname:.....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen ist die oben genannte Untersuchung vorgesehen. Wegen des hohen Informationsgehaltes und unter Abwägung der Risiken sowie anderer Untersuchungsverfahren ohne Kontrastmittel hat sich Ihr Arzt zu Gunsten der vorgeschlagenen Untersuchung entschieden.

In der Röntgenabteilung wird Ihnen ein wasserlösliches, jodhaltiges Kontrastmittel in eine Vene gespritzt. Wir verwenden nur moderne Kontrastmittel, deren Nebenwirkungen ausserordentlich gering sind.

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie unter einer der folgenden Erkrankungen leiden oder daran gelitten haben:

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkrankung der Schilddrüse? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien besonders auf Insekten (Biene, Wespen), Medikamente, gummihaltige Produkte (Latex) oder Nahrungsmittel (Meeresfrüchte)?
Bitte Allergiepass vorlegen, falls Sie einen besitzen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkrankheit? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkrankung der Atemwege (Asthma, Atemnot, Emphysem) ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Für Frauen: Könnten Sie derzeit schwanger sein? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung oder -Funktionsstörung? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | In der Vergangenheit Nierenoperation? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eiweiss im Urin? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit / Diabetes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gicht? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie Blutverdünner oder Medikamente gegen die Zuckerkrankheit (Diabetes) regelmässig ein?
Wenn ja, welche: |

Bei Nierenerkrankung: Gewicht:..... Alter:.....

Wird vom Fachpersonal ausgefüllt: Kreatinin:..... Clearance:.....

Bei vorbestehenden Erkrankungen wird der Röntgenarzt entscheiden, ob die Untersuchung trotzdem durchgeführt werden kann und ob bestimmte medikamentöse Vorbereitungen oder andere Massnahmen notwendig sind.

>>> **bitte wenden**

Die Kontrastmittelgabe kann mit leichten Nebenwirkungen verbunden sein, wie Wärmegefühl im Bauch, Niesen, Hautausschlag und Übelkeit. Diese Nebenwirkungen sind von kurzer Dauer und bedürfen eventuell einer medikamentösen Therapie, die vom Röntgenarzt verordnet wird.

Ernstere Nebenwirkungen wie Atemnot und Kreislaufschwierigkeiten sind mit den modernen Kontrastmitteln ausserordentlich selten und wurden in der medizinischen Literatur weltweit nur in verschwindend kleiner Zahl beschrieben.

Zu Ihrer Sicherheit, kreuzen Sie bitte die unten stehenden Fragen noch an:

Ja **Nein**

- Haben Sie schon einmal Kontrastmittel in die Vene gespritzt bekommen?
 Haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen?

Wenn Sie noch weitere Fragen haben, verlangen Sie bitte, dass diese vom untersuchenden Arzt oder Ärztin beantwortet werden. Sie stehen Ihnen dazu gerne zur Verfügung.

Einverständniserklärung

Der/Die Unterzeichnete erklärt sich mit der vorgeschlagenen Röntgenuntersuchung und Kontrastmittelgabe einverstanden.

Datum:..... Patient: MTRA:..... Radiologe:.....