



**APPLIKATIONSSCHEMA BEI BEKANNTER KONTRASTMITTELALLERGIE
(SCHEMA EUR. RADIOL. (2001) 11: 1720-1728, ESUR (2009): 7)**

Patient _____

Untersuchung _____

Datum und Zeit _____

Datum	Zeit	Zeit vor Untersuchung	Medikament
		12 Stunden	30 mg Prednisolon (1.5 Tabletten à 20 mg)
		2 Stunden	30 mg Prednisolon (1.5 Tabletten à 20 mg)
		20 Minuten	Tavegyl (i.v.)

Visum Radiologe _____

Ich bestätige hiermit die oben aufgeführten 3 Prednisolon -Tabletten entsprechend den zeitlichen Vorgaben eingenommen zu haben

Unterschrift Patient _____