

Zusatzfragen für eine Computertomographie mit Kontrastmittel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die bei Ihnen vorgesehene Computertomographie wird eventuell die Gabe eines Röntgenkontrastmittels erforderlich sein. Bei uns verwendete Röntgenkontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen. Bei den (seltenen) **Überempfindlichkeiten (Allergie)** kann es zu Brechreiz, Juckreiz, Hautquaddeln (Nesseln) und ähnlichen Reaktionen kommen, die meistens von allein wieder abklingen. Nach der Untersuchung sollten Sie viel trinken.

Extrem selten kann es zu **schwerwiegenderen Überempfindlichkeitsreaktionen** kommen (Atem- oder Kreislaufstörungen, Krämpfe, allergischer Schock), die eventuell eine stationäre Behandlung erfordern oder zu bleibenden Schäden führen können.

Für solche Unverträglichkeiten und Komplikationen sind wir mit den erforderlichen Instrumenten und Medikamenten ausgerüstet; wir sind an das Notfallversorgungssystem des nebenan liegenden Bürgerhospitals Friedberg angeschlossen. Aus Sicherheitsgründen wird die Venenverweilkanüle, über die auch das Kontrastmittel gespritzt wird, erst gezogen, wenn Sie die Untersuchung beschwerdefrei hinter sich haben. Aufenthalt 20 min.

Dieser Fragebogen dient der **Abschätzung eines eventuellen Risikos** bei intravenöser Gabe eines Röntgenkontrastmittels. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nach bestem Wissen.

Sollten Sie sich über eine Frage unklar sein, sprechen Sie uns bitte an.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Sind Sie schon früher mit **Röntgen-Kontrastmittel** untersucht worden? Nein Ja
- Ist es bei einer früheren Kontrastmitteluntersuchung einmal zu einer **Unverträglichkeitsreaktion (Allergie)** gekommen? Nein Ja

Wenn ja, führen Sie hier bitte genauere Angaben auf:

- Leiden Sie unter **Allergien oder Überempfindlichkeiten**? Nein Ja
- Besitzen Sie einen **Allergieausweis**? Nein Ja
- Ist bei Ihnen eine **Schilddrüsenerkrankung** bekannt? Nein Ja
- Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____

Wurde bei Ihnen eine **Schilddrüsenszintigraphie** durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja, führen Sie hier bitte genauere Angaben auf:

- Ist bei Ihnen eine **Nierenerkrankung** bekannt? Nein Ja

Bitte wenden

- Ist bei Ihnen eine **Zuckererkrankung/ Diabetes** bekannt? Nein Ja
Wenn ja, nehmen Sie ein entsprechendes Medikament ein?

- Leiden Sie unter **Bronchialenge oder Asthma**? Nein Ja
Wenn ja, nehmen Sie ein entsprechendes Medikament ein?

- Nehmen Sie **blutverdünnende Mittel** ein? Nein Ja
Wenn ja, welches? _____

- Ist bei Ihnen eine **chronische Infektionserkrankung** bekannt (Hepatitis, HIV/ AIDS, Immunschwäche)?
Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Im Anschluss an die Bearbeitung dieses Fragebogens erfolgt noch ein **Aufklärungsgespräch**.

Dabei werden folgende **Themen** angesprochen: Art- und Risiko der Untersuchung, Notwendigkeit der Kontrastmittelgabe, Art- und Risiken/ Nebenwirkungen des Kontrastmittels, Notfallmaßnahmen bei der Kontrastmittelunverträglichkeit, Risiko einer Nierenschädigung.

Bitte unterschreiben Sie diesen Fragebogen nur, wenn Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen.

Sollten Sie während der Untersuchung Symptome einer Unverträglichkeit bemerken, melden Sie sich bitte sofort bei uns!

Ich bin mit der intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden Nein Ja

Friedberg, den _____ Unterschrift des Patienten: _____

Vom Personal und Arzt auszufüllen

Ch.B.: _____ Kontrastmittel: _____ Voruntersuchungen: _____

TSH-Wert: _____ Kreatinin: _____ GFR: _____

Notizen zur Untersuchung:

Unterschrift Arzt/Ärztin