

Fragebogen

Patientenname

Bei Ihnen muss eine Untersuchung evtl. mit einem Kontrastmittel durchgeführt werden. In seltenen Fällen kann es bei Kontrastmittelgabe zu allergischen Reaktionen (Hautausschlag, Übelkeit, Kreislaufprobleme, Atembeschwerden bis hin zum allergischen Schock) kommen. Um das Risiko für Sie so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Ist Ihnen schon einmal ein Röntgenkontrastmittel über die Vene eingespritzt worden? ja nein

Wenn ja, haben Sie das Kontrastmittel vertragen? ja nein

Wenn nein, welche Probleme traten auf? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Asthma? ja nein

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Wenn ja, welche Schilddrüsenmedikamente nehmen Sie ein? _____

Haben Sie eine Funktionsstörung der Niere? ja nein

Sind Sie Diabetiker/in? ja nein

Wenn ja, nehmen Sie ein Metformin-Präparat ein? ja nein

Haben Sie das Metformin-Präparat abgesetzt? ja nein

Ist bei Ihnen ein Plasmocytom (Knochenmarktumor) bekannt? ja nein

Haben Sie ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis od. HIV) ja nein

Bei Frauen: Ist eine Schwangerschaft bekannt? ja nein

Sind Sie seit mindestens 3 Stunden nüchtern? ja nein

Nennen Sie bitte Ihr Körpergewicht _____ kg

Falls Sie noch Fragen haben, warten Sie mit der Unterschrift, bis Sie den Arzt gesprochen haben. Ich bin über Nutzen und Risiken einer evtl. Kontrastmittelapplikation aufgeklärt worden und mit der Gabe eines Kontrastmittels einverstanden.

Ich möchte eine Kopie dieses Aufklärungsbogens für meine persönlichen Unterlagen ja nein

Alsdorf/Eschweiler/Würselen, _____

X

Unterschrift des untersuchenden Arztes

X

Unterschrift des/der Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten/Vormundes