

**Wichtige Hinweise:**

1. Bitte bringen Sie die aktuellen Laborwerte (TSH, Kreatinin und GFR) mit.
2. Metformin-Tabletten (Zucker) müssen **3 Tage vor** und **2 Tage nach** der Untersuchung abgesetzt werden.
3. Bitte 2 Stunden vor der Untersuchung nichts mehr essen!

## ANAMNESEBOGEN COMPUTERTOMOGRAPHIE

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Termin:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer computertomographischen Untersuchung, oft abgekürzt als CT-Untersuchung, überwiesen. Diese Untersuchungsmethode ist eine besondere Form einer Röntgenuntersuchung, die es ermöglicht, Schichtbilder in sehr guter Qualität herzustellen.

**Kontrastmittel:** Bei bestimmten Fragestellungen kann die Aussagekraft der Bilder durch die vorherige **intravenöse Injektion eines Kontrastmittels** erheblich verbessert werden. Die Entscheidung über die medizinische Notwendigkeit trifft der Arzt. Dabei handelt es sich um jodhaltige Lösungen, die im Allgemeinen gut vertragen werden. Bei Überempfindlichkeit kann es jedoch gelegentlich zu Juckreiz, Hautausschlag und ähnlichen leichteren Reaktionen kommen, die meist von selbst wieder abklingen. Kontrastmittelüberempfindlichkeitsreaktionen sind eine extreme Seltenheit.

**Bitte teilen Sie uns dennoch jede Art von Missemfindungen nach der Kontrastmittelgabe unverzüglich mit.** Für Untersuchungen im Bauchraum bekommen Sie möglicherweise auch ein Kontrastmittel zu trinken, welches keine allergischen Reaktionen erwarten lässt.

**Wenn Sie einen Allergiepass besitzen, legen Sie diesen bitte vor!**

Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen:

- ① **Sind Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt worden?**  JA  NEIN

Wenn JA, wann?

Was?

In welcher Praxis?

- ② **Haben Sie bei früheren Röntgenuntersuchungen schon einmal Kontrastmittel bekommen?** (z. B. bei Untersuchungen der Niere, der Galle oder bei Gefäßdarstellungen)  JA  NEIN

Wenn JA, haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen?

JA  NEIN

Bitte wenden »

- ③ Sind bei Ihnen Allergien (z. B. Jodallergie), asthmatische Erkrankungen, Medikamentenunverträglichkeiten oder sonstige Überempfindlichkeiten bekannt?  JA  NEIN

Wenn JA, welche?

- ④ Leiden Sie an einer Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion, oder befanden Sie sich hinsichtlich einer Schilddrüsenfehlfunktion in ärztlicher Behandlung?  JA  NEIN

Wenn JA, welche Medikamente nehmen Sie für die Schilddrüsenfehlfunktion ein?

- ⑤ Ist bei Ihnen ein Nierenleiden oder erhöhtes Kreatinin bekannt?  JA  NEIN

- ⑥ Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?  JA  NEIN

Wenn JA, nehmen Sie Metformin-haltige Medikamente (Zuckertabletten)?  JA  NEIN

Wenn JA, wann war die letzte Einnahme?

- ⑦ Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS, Godamed)?  JA  NEIN

- ⑧ Sind bei Ihnen infektiöse Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) bekannt?  JA  NEIN

Wenn JA, welche?

- ⑨ Sind Sie schon einmal operiert worden?  JA  NEIN

Wenn JA, welche Körperregion?

- ⑩ Geben Sie bitte Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht an:  cm  kg

- ⑪ Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger?  JA  NEIN

- ⑫ Stillen Sie derzeit?  JA  NEIN

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Aufklärungsbogen gelesen haben, dass Sie keine weiteren Fragen haben und dass Sie in die vorgeschlagene Untersuchung einwilligen.

Nürnberg, den

Unterschrift