



**DIE RADIOLOGIE**  
INDIVIDUELLE DIAGNOSTIK

**Patientenangaben:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel. (tagsüber): \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Pat ID: \_\_\_\_\_ Aktuell Datum: \_\_\_\_\_

**Vor der Untersuchung**

Die Computertomographie ist eine Röntgentechnik, durch die mit Hilfe eines Computers Querschnittsbilder Ihres Körpers erstellt werden können. Diese Art der Darstellung ermöglicht dem Arzt eine noch genauere Beurteilung eventuell vorhandener Krankheitsprozesse bzw. deren Behandlung. Die Aussagekraft der Untersuchung wird bei einigen Fragestellungen durch Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels entscheidend verbessert. Die Untersuchung wird speziell auf die zu beantwortende Fragestellung abgestimmt, um mit einer möglichst geringen Strahlenexposition eine optimale Bildqualität zu erreichen. Für die Untersuchung des Bauchraumes ist meistens ein orales Kontrastmittel erforderlich, welches über einen längeren Zeitraum getrunken werden sollte um die Genauigkeit der Untersuchung zu erhöhen.

Während der nur wenige Sekunden dauernden Aufnahmen bekommen Sie gegebenenfalls Atemkommandos über einen Lautsprecher. Sie sollten ruhig und entspannt liegen und nicht sprechen. Sie stehen zu jedem Zeitpunkt der Untersuchung unter ärztlicher Beobachtung.

**Kontrastmittelgabe**

Das Kontrastmittel wird normalerweise gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit (sog. Allergie) kann es von Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag bis hin zu sehr seltenen, aber schwerwiegenden Überempfindlichkeitsreaktionen mit Beeinträchtigung der Kreislauf, Leber, Nieren und Nerven kommen, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen können. Sehr selten kann eine Vene im Rahmen der Hochdruckinjektion des Kontrastmittels platzen. Ein Kontrastmitteldepot und ein Hämatom im Gewebe können die Folge sein. Beide Flüssigkeitsverhalte resorbieren sich im Verlauf. Sollten sehr seltene Spätreaktionen auf das Kontrastmittel (u.a. Juckreiz, Hautrötung) einige Stunden nach Kontrastmittel-Gabe auftreten, suchen Sie bitte einen Arzt auf.

Um eventuelle Risiken (z.B. Nieren- und Schilddrüsenfunktionsstörung) bei der Gabe von Kontrastmittel im Vorfeld der Untersuchung zu erkennen und so gering wie möglich zu halten, bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse, die umseitigen Fragen sorgfältig zu beantworten und darüber hinaus bestehende Unklarheiten mit einem unserer zuständigen Ärzte vor der Untersuchung zu besprechen.



**DIE RADIOLOGIE**  
INDIVIDUELLE DIAGNOSTIK

**Nach der Untersuchung**

Ihre Aufnahmen werden nach der Untersuchung dokumentiert und vom zuständigen Arzt beurteilt. Dies kann einige Zeit in Anspruch nehmen. Anschließend können Sie diese sofort mitnehmen. Bitte bleiben Sie bis dahin in der Praxis, falls noch Rückfragen bestehen.

**Ich habe diese Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet.**

München, \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragebogen Computertomographie mit Kontrastmittel

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm  
Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl      GFR: \_\_\_\_\_ ml/min      TSH basal: \_\_\_\_\_ mU/l  
Protokoll: \_\_\_\_\_

1. Ihre derzeitigen Beschwerden: \_\_\_\_\_
  2. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. Heuschnupfen) bzw. besteht eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten?  
 ja      welche: \_\_\_\_\_       nein
  3. Hatten Sie bereits einmal Beschwerden bei früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel (z.B. Kreislaufreaktionen, Atemnot, etc.)? -z.B. Nierenuntersuchung, Herzkatheter, Gefäßdarstellung, Computertomographie  
 ja      welche: \_\_\_\_\_       nein
  4. Leiden Sie an einer: \_\_\_\_\_ **Medikamente**  
- Schilddrüsenüberfunktion?       ja       nein      \_\_\_\_\_  
- erhöhten Blutungsneigung?       ja       nein      \_\_\_\_\_  
- Herzerkrankung?       ja       nein      \_\_\_\_\_  
- Zuckerkrankheit (Diabetes)?       ja       nein      \_\_\_\_\_  
Wenn ja, nehmen Sie metformin-haltige Medikamente ein? (z.B. : Glucophage, Diabetase, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Meltormin, Siolor, Thiabet, Met, Glucobon, Diabesin, Biocos)  
- Nierenerkrankung       ja       nein
  5. Wurden bei Ihnen bereits früher computertomographische Aufnahmen angefertigt, die für die heutige Untersuchung relevant sein könnten?  
 ja (wann und in welcher Praxis/ Klinik) \_\_\_\_\_  
 nein       hier im Hause
  6. Sind Sie schwanger oder stillen Sie?       ja       nein
  7. Sind bei Ihnen ansteckende Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis B oder C) bekannt?  
 ja \_\_\_\_\_       nein
- Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit Operationen in den zu untersuchenden Bereichen durchgeführt?  
 ja Wann? Organ? \_\_\_\_\_       nein
- Mit einer Kontrastmittelinjektion bin ich einverstanden  ja       nein

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden.
- Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis für die Datenübermittlung, der im Rahmen meiner Behandlung erhobenen Befunde und erstellten Bilder (besondere



**DIE RADIOLOGIE**  
INDIVIDUELLE DIAGNOSTIK

Arten personenbezogener Daten nach §4a Abs.3 BDSG) an meinen überweisenden bzw. weiterbehandelnden Arzt.

- Ich bin einverstanden, dass meine Daten auf dem Hauptserver zur langfristigen Datensicherung gespeichert werden.

München, \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass mein/e Sohn / Tochter in der Praxis "Die Radiologie - Radiologische und Nuklearmedizinische Partnergesellschaft München" mittels **Computertomographie mit ggf. intravenöser Kontrastmittel-Gabe** untersucht wird.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Vater/Mutter/Erziehungsberechtigter) in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater/Mutter/ Erziehungsberechtigter