



Patienteninformation

Fragebogen – Jodhaltiges Kontrastmittel

Ist die heute zu untersuchende Körperregion früher schon einmal untersucht worden?

In der Praxis _____ ja nein

Für **Patientinnen** bitte in jedem Fall ausfüllen: Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**?

Datum _____ Unterschrift _____ ja nein

Wird gerade ein Kind gestillt? ja nein

Sind Sie früher schon einmal mit Röntgenkontrastmittel untersucht worden?

ja nein

Wenn ja, haben Sie nach der Gabe von Röntgenkontrastmitteln Nebenwirkungen verspürt?

ja nein

Welche? _____

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt?

ja nein

Gegen _____

Ist bei Ihnen eine **Infektionskrankheit** bekannt?

ja nein

Wenn ja, bitte ankreuzen: Hepatitis Tbc HIV

Ist bei Ihnen eine **Überfunktion der Schilddrüse** bekannt?

ja nein

Wenn ja, Behandlung mit _____

Sind bei Ihnen Erkrankungen der Niere bekannt?

ja nein

Welche? _____

Ist bei Ihnen eine Zuckererkrankung (Diabetes) bekannt?

ja nein

Wenn ja, mit welchen Medikamenten wird behandelt? _____

Diesen Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden, eine Kopie zum Mitnehmen kann ich auf Wunsch an der Anmeldung erhalten. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuell notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden und verzichte auf ein weiteres Gespräch mit einem Arzt vor der Untersuchung.

Name (Druckbuchstaben): _____ **Geb.Datum:** _____

Größe/Gewicht: _____ **Datum:** _____ **Unterschrift:** _____

Oder: Ich habe vor der geplanten Untersuchung noch weitere Fragen und möchte nochmals über die Risiken der Untersuchung mit einem Arzt sprechen ja