

## Radiologische Gemeinschaftspraxis im Spreecenter

Drs. med. Jutta Poser / Heike Grau / Uta Bach - Fachärztinnen für Radiologische Diagnostik

MRT, CT, Mammografie, Röntgen, Ultraschall, Osteodensitometrie, PRT

12619 Berlin, Hellersdorfer Str. 77 - Tel. 030 56 88 15 0 - Fax: 030 56 88 15 24

### KONTRASTMITTEL - FRAGEBOGEN

<b>Name:</b>	<b>Größe:</b>	<b>Kreatinin:</b> ( vom Personal auszufüllen)
--------------	---------------	--------------------------------------------------

<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Gewicht:</b>	<b>TSH:</b> ( vom Personal auszufüllen)
----------------------	-----------------	--------------------------------------------

**Telefonnummer:**

Besteht eine Jodallergie?	O Ja	O Nein
Haben sie Heuschnupfen oder Asthma?	O Ja	O Nein
Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel?	O Ja	O Nein
Wurde bei einer früheren Untersuchung schon einmal Kontrastmittel gespritzt (z.B. Untersuchungen der Niere, der Galle, der Beinvenen, der Arterien)?	O Ja	O Nein
Hatten Sie dabei Juckreiz, Ausschlag oder eine Kreislaufreaktion?	O Ja	O Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?	O Ja	O Nein
Besteht eine Infektionskrankheit (Hepatitis,HIV o.a.)?	O Ja	O Nein
Besteht eine Herzerkrankung (hoher Blutdruck, Herzfehler)?	O Ja	O Nein
Besteht eine Nierenerkrankung (Steine, Dialyse, hohe Kreatinin- oder Harnsäurewerte)?	O Ja	O Nein
Hatten Sie bereits Operationen oder Krebserkrankungen ? Welche:	O Ja	O Nein
Ist die Körperregion schon einmal früher bei uns geröntgt worden?	O Ja	O Nein
Sind Sie Diabetiker? Wenn ja: O Tabletten    O Spritzen    O Diät	O Ja	O Nein
<u>Bei Frauen:</u> Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?	O Ja	O Nein

Die von uns benutzten Kontrastmittel zur intravenösen Injektion sind im allgemeinen gut verträglich. Nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel sollten Sie viel trinken. Das fördert die Ausscheidung des Kontrastmittels. Wenn Sie noch weitere Fragen haben zu anderen möglichen Nebenwirkungen und Risiken, fragen Sie bitte den untersuchenden Arzt.

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.	O Ja	O Nein
Ich bin mit der Informationsübermittlung an den überweisenden Arzt einverstanden.?	O Ja	O Nein
Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden	O Ja	O Nein
Datum	Patient/ Sorgeberechtigter	Arzt
Unterschrift		