



Tel.: 0345/6140102 - FAX: 0345/6140 210
www.halle-radiologie.de

Krea: _____
TSH: _____

Ihr Termin

am: _____
um: _____

DR. D. WUJCIAK · DR. M. DIESTELHORST · DIPL. - MED. M. DREVENSTEDT
H. GOLLMANN · DR. M. GÜRTLER
RADIOLOGEN
NIEMEIERSTRASSE 23 · 06110 HALLE/SAALE

in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin
Dr. H.-J. Hurtz · Dr. M. Schmalfeld · Dr. S. Frank-Gleich · Dr. U. Neef
Niemeierstraße 22 · 06110 Halle/Saale

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

Vorname: _____
Telefon: _____
Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei der Computertomographie werden rechnergesteuerte Röntgenquerschnittsbilder des zu untersuchenden Körperabschnittes angefertigt. Dabei wird zum Beispiel die Lage eines Krankheitsherdes in seiner Beziehung zu den einzelnen Organen übersichtlicher. Dies ist von wesentlicher Bedeutung für die weitere Therapie.

Bei einigen Untersuchungen ist es erforderlich, ein Kontrastmittel über ein Blutgefäß zu injizieren, um eine bessere Beurteilbarkeit einzelner Organe zu erzielen. Die applizierten Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit kann es zu Juckreiz, Hautreaktionen oder Brechreiz kommen, die ohne Therapie wieder abklingen können. Schwere Reaktionen mit Herz-Kreislaufkrankungen sind extrem selten.

Nach erfolgter Kontrastmittelinjektion sollten Sie reichlich Flüssigkeit zu sich nehmen um die Kontrastmittelausscheidung zu beschleunigen. Bei Untersuchungen des Abdomens ist mitunter die Verabreichung von 0,5 bis 1 Liter eines bariumhaltigen Kontrastmittels erforderlich.

Wir bitten Sie, **3 Stunden vor Untersuchungsbeginn keine festen Speisen** mehr zu sich zu nehmen.
Trinken ist erlaubt.

Um etwaige Risiken bei einer Kontrastmittelanwendung möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:
Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Besteht eine **Allergie** oder eine **Überempfindlichkeit** gegenüber Medikamenten oder Lebensmitteln?
Wenn ja, welche?: _____ ja nein
- Hatten Sie bei früheren Röntgenuntersuchungen mit **Kontrastmittel Beschwerden** (Kreislaufreaktion, Übelkeit?) ja nein
- Leiden Sie an:

Schilddrüsenüberfunktion?	Medikament: _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes mellitus?	Medikament: _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nierenfunktionsstörung?	Kreatininwert: _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
erhöhter Blutungsneigung?	Quickwert: _____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
- Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Wenn ja, welche (z.B. Ramipril-Comp.): _____ ja nein
- Hatten Sie eine **Magen-Darm-Spiegelung**? Wann?: _____ ja nein
- Wurden Sie jemals **operiert**?
Woran?: _____ ja nein
Wann?: _____
- Wurde bei Ihnen bereits **vorher** eine **CT- Untersuchung** angefertigt? Wann? _____ ja nein
- Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein? ja nein
- Laut § 73 Abs. 1b SGB V **willige ich** hiermit **ein**, dass die **Radiologische Praxis Befunde/Bilder** bei weiteren Ärzten einholt und bei mir erhobene Befunde/Bilder **anderen Ärzten übermittelt**. ja nein
- Ich habe alle Fragen verstanden und wurde ausreichend informiert. **Ich willige in die Untersuchung ein** ja nein

Datum, Unterschrift: _____