



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 · U. WEIDT  
RADIOLOGEN  
NIEMEYERSTRASSE 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: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Handy/Telefon: \_\_\_\_\_

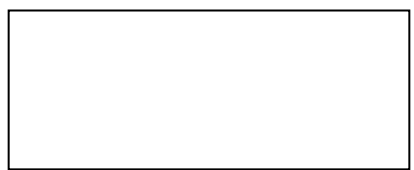
Liebe Patientin, lieber Patient,

bei der Computertomographie werden rechnergesteuerte Röntgenquerschnittsbilder des zu untersuchenden Körperabschnittes angefertigt. Dabei wird zum Beispiel die Lage eines Krankheitsherd 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:

- 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: \_\_\_\_\_  ja  nein  
**Diabetes mellitus?** Medikament: \_\_\_\_\_  ja  nein  
**Nierenfunktionsstörung?** Kreatininwert: \_\_\_\_\_  ja  nein  
**erhöhter Blutungsneigung?** Quickwert: \_\_\_\_\_  ja  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
- Ich habe alle Fragen verstanden und wurde ausreichend informiert. **Ich willige in die Untersuchung ein.**  ja  nein

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte sagen Sie unbedingt den Termin ab, wenn Sie ihn nicht wahrnehmen können - auch im Internet möglich!**