

Hauptstraße 64
33647 Bielefeld
Telefon 0521/55 77 73-0
Abteilung Röntgen



DIRANUK GbR – Bielefeld | Bad Salzuflen | Gütersloh

ANAMNESEBOGEN

für Patienten von Apparategemeinschaften der DIRANUK (GbR)
zur urologischen Röntgendiagnostik

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Patientin/en

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der eventuell ein Kontrastmittel verabreicht werden muss. Die alleinige Kontrastmittelgabe hat keine Auswirkung auf Ihre Fahrtüchtigkeit.

Bei Nierenuntersuchungen ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Vene einzuspritzen, um aussagekräftige Bilder zu erhalten. Hierbei kann es im Körper zu einem leichten, harmlosen Wärmegefühl sowie zu einem veränderten Geschmack auf der Zunge kommen, was nach wenigen Sekunden verschwindet. Bei Untersuchungen des Bauches erhalten Sie einige Zeit vor der Computertomographie ein aufgelöstes Kontrastmittel zu trinken.

Röntgenkontrastmittel enthalten Jod. Manche Patienten reagieren darauf allergisch und dürfen deshalb auf diese Weise nicht untersucht werden. Auch bei einer Schilddrüsenüberfunktion sowie bei einer Nierenfunktionsstörung darf Jod nicht gegeben werden.

Wir möchten das Untersuchungsrisiko für Sie so gering wie möglich halten. Deshalb verwenden wir modernste Kontrastmittel, bei denen allergische Reaktionen sehr selten auftreten. Bei einer Neigung zu bestimmten Allergien spritzen wir zu Ihrer Sicherheit zusätzliche Medikamente, die eine leichte vorübergehende Müdigkeit verursachen können. In diesem Fall dürfen Sie wegen der vorübergehenden Einschränkung Ihrer Straßenverkehrstauglichkeit in den nächsten zwei Stunden kein Kraftfahrzeug oder Zweirad steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.

Während der Untersuchungszeit befinden wir uns in Ihrer unmittelbaren Nähe. Bitte teilen Sie uns alles mit, was Sie beunruhigt, insbesondere, wenn Sie folgende Symptome verspüren: Nies- oder Juckreiz, Quaddelbildung, Husten, Atemschwierigkeiten, Schwindel, Übelkeit oder Schmerzen im Bereich der Injektionsnadel.

Falls nicht anders angeordnet, sollten Sie nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel viel trinken, um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu beschleunigen. Sollten noch am Untersuchungstag oder in den darauffolgenden Tagen plötzlich Juckreiz, Niesreiz, Schmerzen, Übelkeit, Durchfall oder andere körperliche Symptome auftreten, informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite!

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

Sind Sie früher schon einmal mit Röntgenkontrastmittel untersucht worden? ja nein

Haben Sie nach der Röntgenkontrastmittelgabe Nebenwirkungen verspürt, z. B. Übelkeit, Hautausschlag, Jucken, Niesreiz, Luftnot, Kreislaufbeschwerden oder Ähnliches? ja nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, z. B. Jod, Penicillin, Pflaster, Asthma etc.? ja nein
Falls ja, welche? _____

Benutzen Sie regelmäßig Asthmaspray? ja nein

Gibt es Voruntersuchungen (Röntgen, CT, MR, Nuklearmedizin, PET) des heute zu untersuchenden Körperteils? ja nein
In der Praxis/Krankenhaus: _____

Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen eine Basedow-Erkrankung diagnostiziert worden? ja nein

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente? ja nein
Falls ja, welche? _____

Wurden Sie an der Schilddrüse operiert oder hatten Sie eine Radiojodtherapie? ja nein

Nehmen Sie wegen einer Diabetes Tabletten ein? ja nein
Falls ja, welche? _____

Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? ja nein

Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung verändern, z.B. Marcumar oder ASS? ja nein

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV etc.) bekannt? ja nein
Falls ja, welche? _____

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Datum/Unterschrift _____

Für Patientinnen:

Ich bestätige hiermit, dass bei mir zurzeit keine Schwangerschaft besteht, bzw. mir das Vorliegen einer solchen nicht bekannt ist.

Letzte Regelblutung: _____ Datum/Unterschrift _____

Der untere Bereich wird von der Praxis ausgefüllt!

Name, Vorname:	_____ KV	_____ ml	<input type="checkbox"/> Accupaque
	_____ mAS		<input type="checkbox"/> Iopamidol
Geburtsdatum:	_____ Aufnahmen		
	_____ Filme		
	_____ CD		
	_____ Papierdruck		
	_____ PP		

Notizen:

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes: