



ANAMNESEBOGEN COMPUTERTOMOGRAPHIE

Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung

Name, Vorname, Geburtsdatum

Hausarzt

Ist Ihnen früher schon einmal jodhaltiges Röntgenkontrastmittel gespritzt worden? ja nein

(z. B. Nierenuntersuchungen, Herzkatheteruntersuchungen, Gefäßuntersuchungen, CT)

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, Cortison, Pflaster, Latex, Nickel, ja nein

Quecksilber, Fructoseintoleranz) **Falls ja, welche?** _____

Haben Sie Asthma? ja nein

Benutzen Sie Asthmaspray? ja nein

Gibt es Voruntersuchungen (Röntgen, CT, MR, Nuklearmedizin, PET) des heute zu untersuchenden

Körperteiles? In der Praxis/Krankenhaus: _____ ja nein

Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen Morbus Basedow (immunogene Hyperthyreose) oder SD-Autonomie diagnostiziert

worden (Schilddrüsenerkrankungen)? ja nein

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente? ja nein

Falls ja, welche? _____

Steht eine geplante Schilddrüsenuntersuchung bevor? ja nein

Falls ja, wann? _____

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

Nehmen Sie wegen eines Diabetes Tabletten ein? ja nein

Falls ja, welche? _____

Wurden die Tabletten abgesetzt? ja nein

Ist bei Ihnen eine Einschränkung der **Nierenfunktion** bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen ein Plasmozytom/MGUS (monoklonale Gammopathie) 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? _____

Sie haben Anspruch auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. (Nach § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. Ich möchte eine Kopie dieses Anamnesebogens.

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

Gewicht (kg): _____ Größe (cm): _____ Alter: _____ Datum/Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Für Patientinnen:

Befinden Sie sich in der Stillzeit? ja nein

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

Letzte Regelblutung: _____ Datum/Unterschrift: _____

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Bitte lesen Sie die Patientenaufklärung auf der Rückseite!

