

Informationen über Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittelgabe

Name:

Datum:

Vorname:

Geb. datum:

Sehr geehrte(r) Patientin/ Patient,

im Rahmen der heutigen Röntgenuntersuchung werden wir Ihnen möglicherweise ein Röntgenkontrastmittel über eine Armvene verabreichen. Dieses Kontrastmittel verbessert die Qualität der Untersuchungsergebnisse und macht häufig überhaupt erst die Beantwortung der Fragestellung möglich.

Die modernen Kontrastmittel sind allgemein gut verträglich. In der Regel verspüren Sie nur ein leichtes Wärmegefühl. Allerdings treten in seltenen Fällen Unverträglichkeitsreaktionen auf. Diese äußern sich als Hautausschlag mit Juckreiz, Schluckbeschwerden oder Beeinträchtigung von Atmung und Kreislauf.

Um Auswirkungen auf Ihr körperliches Wohlbefinden zu vermeiden bzw. gering zu halten, **beantworten Sie bitte folgende Fragen sorgfältig.** Unsere Mitarbeiter sind Ihnen dabei gern behilflich.

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (bsw. auf Pflaster, Penicillin, Blütenstaub)

Ja, und zwar _____ Nein

Wurden Sie bereits mit einem Kontrastmittel untersucht?

Ja, und zwar im Monat/Jahr _____ bei _____ Nein

Leiden Sie an einer Funktionsstörung der Schilddrüse? Ja Nein

Leiden Sie an einer Nierenfunktionsstörung? Ja Nein

Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden.

Unterschrift Patient

Kurzzeichen Arzt/MTRA/MFA

Ablehnung:

Ich lehne die Kontrastmittelgabe ab. Über die möglichen Nachteile meiner Ablehnung wurde ich informiert.

Unterschrift Patient

Befragung zur Röntgenuntersuchung

Name:

Datum:

Vorname:

Geb.datum:

Größe:

Gewicht:

Sehr geehrte(r) Patientin/ Patient,

wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Für Ihre Röntgenuntersuchung ist dies gesetzlich vorgeschrieben (Röntgenverordnung).

Sind Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt worden?

Ja, und zwar im Monat/Jahr _____ bei _____ Nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft Ja Nein

Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit. Ich willige hiermit in die vorgesehene Untersuchung ein.

Ich erkläre hiermit bis auf Widerruf mein Einverständnis, dass meine behandelnden Ärzte (Radiologisches Zentrum Mühlhausen, Dres. Schuchard und Bürger) Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln dürfen.

Die gestellten Fragen wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet. Ich verpflichte mich, eintretende Veränderungen während der gesamten Behandlungszeit unaufgefordert mitzuteilen.

Unterschrift Patient

Kurzbezeichnung Arzt/ MTRA/ MFA