

Checkliste zur Vorbereitung auf die Computertomographie (CT)

1. Haben Sie bekannte Allergien/ Unverträglichkeiten? Wenn Sie schon eine CT-Untersuchung hatten, gab es allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel?

Wenn Sie einen Allergie-Pass besitzen, bringen Sie diesen bitte zur Untersuchung mit. Es wird ein jodhaltiges Kontrastmittel verabreicht, sollte dagegen eine Unverträglichkeit bestehen, informieren Sie uns bitte bei der Terminvergabe.

2. Besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion?

Da bei der Untersuchung ein Kontrastmittel verabreicht werden muss, ist das Mitbringen eines aktuellen Kreatinin-Wertes erforderlich.

3. Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?

Bitte informieren Sie uns bei der Terminvergabe über bestehende Erkrankungen der Schilddrüse. Für die Untersuchung benötigen wir einen aktuellen TSH-Laborwert und den letzten Schilddrüsenbericht.

4. Sind Sie Diabetiker/in?

Wenn Sie ein Metformin-haltiges Medikament einnehmen, muss dieses 72 Stunden vor und nach der Untersuchung abgesetzt werden. Bitte informieren Sie uns bei der Terminvergabe darüber.

5. Voraufnahmen/ Berichte/ Befunde

Bitte bringen Sie alle Voraufnahmen und -befunde von auswärtigen Untersuchungen oder Berichte von stationären Aufenthalten und Operationen zur Untersuchung mit. Diese sind für die Beurteilung Ihrer Aufnahmen wichtig.



Checkliste Kompakt:

Informationen bei Terminvergabe:

- Allergien/ Unverträglichkeiten gegenüber Kontrastmitteln?
- Nierenerkrankung?
- Schilddrüsenerkrankung?
- Schwangerschaft möglich?
- Stillen Sie?

Zur Untersuchung mitbringen:

- Chipkarte (Krankenkasse)
- Überweisungsschein
- Laborwerte bei eingeschränkter Nierenfunktion
- Ergebnisse von Voruntersuchungen und Berichte



Weitere Infos unter

www.radiologie-foersterling.de

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für die heutige Untersuchung und eine eventuell erforderliche Kontrastmittelgabe bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen gründlich auszufüllen.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Telefonnummer: _____ Körpergröße (cm): _____
Gewicht (kg): _____ Hausarzt: _____

Gegebenenfalls Zutreffendes bitte unterstreichen!

1. Wurden Sie am Herzen operiert, z.B. **Herzschrittmacher**, **Defibrillator** oder eine **Herzklappe**? nein ja
2. Haben Sie Metallteile im Körper z.B. Endoprothesen? nein ja
a. Wenn ja, welche? Seit wann? _____
3. Tragen Sie technische Geräte im / am Körper, z.B. **Insulinpumpe**, **Diabetes-Sensor** oder **Schmerzpumpe**? nein ja
4. Tragen Sie ein **Hörgerät** oder ein **Cochlea-Implantat**? nein ja
5. Haben Sie Platzangst/ Klaustrophobie? nein ja
6. Haben Sie eine **Jodallergie** oder **Kontrastmittelallergie**? nein ja
7. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? nein ja
a. Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____
8. Liegt bei Ihnen eine Zuckererkrankung vor? nein ja
a. Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein? _____
9. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? nein ja
10. Sind Sie mit einer ggf. notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden? nein ja
11. Für Frauen im gebärfähigen Alter:
a. Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Salzgitter, den _____

Unterschrift Patient/in