

Anamneseerhebung PET - CT Untersuchung

PATIENTENINFORMATION

Sehr geehrte Patientin!
Sehr geehrter Patient!

GEBEN SIE BITTE DIE MÖGLICHKEIT ODER DAS BESTEHEN EINER
SCHWANGERSCHAFT VOR UNTERSUCHUNGSBEGINN BEKANNT!

Sie wurden von Ihrem Arzt zu einer kombinierten Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Computertomographie (CT) überwiesen.

Um ein mögliches höheres Risiko einer etwaigen Kontrastmittelunverträglichkeit besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

Für etwaige weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

1. Hatten Sie schon eine der folgenden Untersuchungen?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Nierenröntgen (iv Urographie) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Venendarstellung der Beine (Phlebographie) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Gefäßröntgen (Angiographie/Phlebographie) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

2. Hatten Sie nach Kontrastmittelverabreichung jemals:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Asthmaanfall | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Hautausschlag | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Schmerzen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Allergien, die einer Behandlung bedürfen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Asthma | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Erkrankungen der Niere | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Erkrankungen der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

WENN JA, WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE IN BEZUG AUF OBEN ANGEFÜHRTE ERKRANKUNGEN:

4. TSH: _____ Kreatinin: _____

5. SCHWANGERSCHAFT JA NEIN

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Stillen Sie zurzeit | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Frauen im gebärfähigen Alter – Tag der letzten Regelblutung: _____

Ich wurde von den behandelnden Ärzten aufgeklärt, dass die bei mir durchzuführende Untersuchung/Behandlung zu Schädigungen von Ungeborenen führen kann. Aus diesem Grunde gebe ich ausdrücklich und rechtsverbindlich die Erklärung ab, zum Zeitpunkt der Untersuchung **nicht schwanger** zu sein.

- Hiermit bestätige ich, dass ich genügend Zeit zur Abgabe der Zustimmungserklärung hatte und den Inhalt des Aufklärungsgespräches verstanden habe. Ebenso bestätige ich, das Patienteninformationsblatt – Untersuchungsaufklärung gelesen und seinen Inhalt verstanden zu haben. Die Fragen der Anamneseerhebung wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet.
- Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen PET-CT Untersuchung und einer etwaigen intravenösen Kontrastmittelgabe zu. Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Untersuchungsdaten selbstverständlich anonym für wissenschaftliche bzw. statistische Zwecke ausgewertet werden können.

→

 Unterschrift der/des Patientin/en
 bzw. des gesetzlichen Vertreters

 Name und Unterschrift des/der
 Arztes/MTD

→

 Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
 (bei Patientinnen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)

 Name und Unterschrift der RT

 Datum/Uhrzeit

ANAMNESE UNTERSUCHUNG (NICHT VOM PAT. AUSZUFÜLLEN):

Größe, Gewicht: _____

Tumor (Histologie, Stadium): _____

Operationen (den Tumor betreffend, wann?): _____

Radiatio (wann, insbesondere wann zuletzt?): _____

Systemische Tumorthherapie: Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie
 (wann, insbesondere wann zuletzt?): _____

Diabetes Mellitus? Wenn ja, welche Medikation? _____

Blutzucker: _____ mg/dl Applizierte Aktivität, Tracer: _____ Mbq

Uptakephase in min.: _____ Spätaufnahmen min. p.i.: _____