

Intravenöse Pyelographie (IVP)

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?

- Nierenröntgen (iv Urographie) Ja Nein
- Computertomographie (CT) Ja Nein
- Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) Ja Nein
- Gefäßröntgen (Angiographie/Herzkatheter) Ja Nein

2. Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?

Wenn ja, welche?

- Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl Ja Nein
- Asthmaanfall / Atemnot Ja Nein
- Hautausschlag / Schüttelfrost Ja Nein
- Krampfanfälle / Bewusstlosigkeit Ja Nein

3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Allergien, die einer Behandlung bedürfen? Ja Nein
- des Herzens? Ja Nein
- der Niere / Nebenniere? Ja Nein
- der Schilddrüse? Ja Nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein
- Wenn ja welchen _____
- Myasthenia gravis? (spezielle Muskelerkrankung) Ja Nein

4. Sind sie schwanger, stillen Sie oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein

5. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? (nur relevant bei Thorax-CT-Untersuchung)

Ja Nein

6. Ihre derzeitigen Beschwerden sind:

⊗

Größe

⊗

Gewicht

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

Ich bin mit elektronischer Befund- und Bildarchivierung, medizinischer (auch retrospektiver) Datenabfrage und Weitergabe der Daten an andere behandelnde Ärzte einverstanden.

⊗

Name und Geburtsdatum des Patienten

Datum

⊗

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

Name und Unterschrift des/der Arztes/RT