

# Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Radiologie u. Nuklearmedizin



**66111 Saarbrücken**  
Am Beethovenplatz  
Lortzingstr. 10 – 12



**66538 Neunkirchen**  
Am Boxberg  
Boxbergweg 3



**66606 St. Wendel**  
Am Marienkrankenhaus  
&  
Carl-Cetto- Straße 15

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb. - Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Saarbrücken**

Dr. med. H. Woerner  
Dr. med. N. Rissé  
Dr. med. R. Thon  
Dr. med. A. Winterberg

**Neunkirchen**

Dr. med. M. Nebel  
Dr. med. J. Klinkner

**St. Wendel**

Dr. med. J. Schmitt  
Beate Krenn

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten. Benötigen Sie Hilfe?

Wir helfen gerne.

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Bitte zutreffendes ankreuzen**

**JA**                      **NEIN**

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  JA                       NEIN
- Haben Sie Metallteile im Körper, z.B. Metallprothese?  
Gefäßclips (auch elektrische Geräte wie z.B. Ohrimplantat,  
Hörgerät, Insulinpumpe)? Welche? \_\_\_\_\_  
 JA                       NEIN
- Haben Sie ein Piercing/Tattoo?  JA                       NEIN
- Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?  JA                       NEIN
- Haben Sie eine Nierenerkrankung? Kreatinin: \_\_\_\_\_  JA                       NEIN
- Haben Sie Diabetes (Insulin / Tabletten)?  JA                       NEIN      Name: \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft?  JA                       NEIN
- Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt (z.B. HIV, Hepatitis)?  JA                       NEIN      Welche? \_\_\_\_\_
- Gab es Operationen im zu untersuchenden Körperteil?  JA                       NEIN
- Wurden bereits früher Röntgen-, CT- oder nuklearmedizinische  
Untersuchungen der zu untersuchenden Region (bzw. in  
Zusammenhang mit der jetzigen Erkrankung) durchgeführt?  
Was? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**Notizen zur Untersuchung (ärztlicherseits auszufüllen):**

Unterschrift Arzt/Ärztin

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

bei der **Computertomographie = CT** (Schnittbilduntersuchung mittels Röntgenstrahlen) und bei der **Kernspintomographie = MRT** (Schnittbilduntersuchung mittels starkem Magnetfeld und Radiowellen) kann es notwendig sein, dass je nach Fragestellung der überweisenden Ärzte/-innen, ein jodhaltiges-, bzw. ein kernspinspezifisches Kontrastmittel in eine Vene verabreicht wird. Diese Kontrastmittel werden von den meisten Menschen gut vertragen. Die Injektion erfolgt über eine Verweilkanüle, die vom Arzt oder von erfahrenen Assistenten eingebracht wird. In seltenen Fällen kann das Kontrastmittel neben die Vene injiziert werden z.B. weil das Gefäß platzt, wodurch eine Schwellung und/oder ein Bluterguss entstehen können. Diese Symptome klingen in der Regel nach einigen Tagen wieder ab, Infektionen sind sehr selten. Es kann zu vorübergehenden, sehr selten zu bleibenden Nervenschädigungen (Schmerzen, Lähmungen) kommen. Nach einer intravenösen Kontrastmittelgabe bitte reichlich trinken (z.B. Tee, Mineralwasser, Saft) damit das Kontrastmittel schneller ausgeschieden wird.

**Sollte bei Ihnen allerdings eine Allergie gegen Kontrastmittel, Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt sein, teilen Sie uns dies vor der Untersuchung unbedingt mit. Sagen Sie uns auch bitte, ob bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse vorliegt, da diese durch jodhaltige Kontrastmittel negativ beeinflusst werden kann.**

Auch bei nicht bekannter Allergie kann es gelegentlich zu leichten allergischen Reaktionen kommen. Sollten neben einem kurzfristigen Hitze- und/oder Übelkeitsgefühl zusätzlich Nies- oder Juckreiz, harmlose Hautquaddeln, ein Beklemmungsgefühl oder Schwellung der Schleimhäute auftreten, kann man diese Reaktionen durch bestimmte Medikamente jederzeit beherrschen. Selbst auf einen extrem selten auftretenden Kreislaufschock sind wir hier in der Praxis gut vorbereitet.

**Bitte beachten Sie, dass Metallteile bei der Kernspintomographie, wegen des starken Magnetfeldes Unfälle verursachen können und Datenträger gelöscht werden. Legen Sie sämtliche metallischen Gegenstände sowie Scheckkarten, Hörgerät, Schmuck, Schlüssel etc. vor Betreten des Untersuchungsraumes ab.**

Sollten Sie diesbezüglich weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte direkt an den Arzt.

Ihre nachstehend vorgesehene Unterschrift erbitten wir zum Beweis dafür, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen, die Information inhaltlich verstanden haben und dass Sie sich mit der Gesamtuntersuchung einschließlich einer eventuell notwendigen Kontrastmittelgabe - nach ruhiger Überlegung und freier Willensentscheidung - einverstanden erklären.

Bitte verständigen Sie umgehend Ihre Ärztin/Ihren Arzt, wenn Übelkeit, Schmerzen, Schwindel, Hautausschlag, Niesreiz oder andere Beschwerden auch nach der Untersuchung zu Hause auftreten. Bei erheblichen Beschwerden zögern Sie bitte nicht den Notarzt zu rufen!

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Ist eine <b>Kontrastmittelallergie</b> bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wünschen Sie eine Kopie des Fragebogens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner persönlichen Angaben und erkläre mich einverstanden, dass entsprechend dem **Datenschutzgesetz** zum Vergleich und zur Diagnosefindung Ergebnisse und Bildmaterial früherer Untersuchungen sowie auch nachfolgende krankheitsspezifische Diagnostikergebnisse meinen behandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden, bzw. angefordert werden können.

Ich habe die umseitige Information zu der geplanten Untersuchung gelesen, verstanden und bin mit der Durchführung der Untersuchung, einschließlich einer unter Umständen notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden. **Zur Klärung eventuell verbleibender Fragen steht der Arzt zum Gespräch bereit.**

\_\_\_\_\_

Ort, Datum
Unterschrift der Patientin/des Patienten (bzw. des Erziehungsberechtigten)

Die Röntgenverordnung vom April 2003 verpflichtet den Arzt zur Erhebung dieser Fragen und den Patienten zur Beantwortung