

MVZ DIRANUK GmbH
MVZ Bielefeld Zentrum
Filiale Bielefeld Brackwede
Hauptstraße 73
33647 Bielefeld
Telefon 0521/96453-0



MVZ DIRANUK GmbH – Bielefeld | Bad Salzuflen | Gütersloh | Bünde

ANAMNESEBOGEN

**für Patienten von Apparatgemeinschaften der MVZ DIRANUK GmbH
zur urologischen Röntgendiagnostik**

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Patientin/en

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der ein Kontrastmittel verabreicht werden muss. Die alleinige Kontrastmittelgabe hat keine Auswirkung auf Ihre Fahrtüchtigkeit.

Vor Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels ist die Überprüfung der aktuellen Nieren- und Schilddrüsenwerte (Creatinin und TSH) notwendig. Unter bestimmten Voraussetzungen müssen metforminhaltige Medikamente bei Diabetikern pausiert werden. Fragen Sie bitte diesbezüglich Ihren Arzt.

Bei Nierenuntersuchungen ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Vene einzuspritzen, um aussagekräftige Bilder zu erhalten. Hierbei kann es im Körper zu einem leichten, harmlosen Wärmegefühl sowie zu einem veränderten Geschmack auf der Zunge kommen, was nach wenigen Sekunden verschwindet.

Allergien auf Kontrastmittel sind selten. Bei Kontrastmittelallergie wird auf eine Kontrastmittelgabe verzichtet. In seltenen Fällen und in Fällen von sehr hoher medizinischer Relevanz wird bei leichter Kontrastmittelunverträglichkeit, (nach vorheriger Prämedikation/medikamentöser Vorbereitung) Kontrastmittel appliziert. Diese Medikamente können die Fahrtüchtigkeit einschränken. In diesem Fall kommen Sie bitte in Begleitung, da Sie in den nächsten zwei Stunden nicht selbst Auto fahren oder an gefährlichen Maschinen arbeiten dürfen.

Während der Untersuchungszeit befinden wir uns in Ihrer unmittelbaren Nähe. Bitte teilen Sie uns alles mit, was Sie beunruhigt, insbesondere, wenn Sie folgende Symptome verspüren: Nies- oder Juckreiz, Quaddelbildung, Husten, Atemschwierigkeiten, Schwindel, Übelkeit oder Schmerzen im Bereich der Injektionsnadel.

Falls nicht anders angeordnet, sollten Sie nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel viel trinken, um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu beschleunigen. Sollten noch am Untersuchungstag oder in den darauffolgenden Tagen plötzlich Juckreiz, Niesreiz, Schmerzen, Übelkeit, Durchfall oder andere körperliche Symptome auftreten, informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite!

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

Sind Sie früher schon einmal mit Röntgenkontrastmittel untersucht worden? ja nein

Haben Sie nach der Röntgenkontrastmittelgabe Nebenwirkungen verspürt, z. B. Übelkeit, Hautausschlag, Jucken, Niesreiz, Luftnot, Kreislaufbeschwerden oder Ähnliches? ja nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, z. B. Jod, Penicillin, Pflaster, Asthma etc.? ja nein

Falls ja, welche? _____

Benutzen Sie regelmäßig Asthmaspray? ja nein

Gibt es Voruntersuchungen (Röntgen, CT, MR, Nuklearmedizin, PET) des heute zu untersuchenden Körperteils? ja nein

In der Praxis/Krankenhaus: _____

Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt? ja nein

Ist bei Ihnen eine Basedow-Erkrankung diagnostiziert worden? ja nein

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente? ja nein

Falls ja, welche? _____

Wurden Sie an der Schilddrüse operiert oder hatten Sie eine Radiojodtherapie? ja nein

Nehmen Sie wegen einer Diabetes Tabletten ein? ja nein

Falls ja, welche? _____

Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? ja nein

Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung verändern, z.B. Marcumar oder ASS? ja nein

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV etc.) bekannt? ja nein

Falls ja, welche? _____

Sie haben Anspruch auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. (Nach § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. Ich möchte eine Kopie dieses Anamnesebogens.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Datum/Unterschrift _____

Für Patientinnen:

Ich bestätige hiermit, dass bei mir zurzeit keine Schwangerschaft besteht, bzw. mir das Vorliegen einer solchen nicht bekannt ist.

Letzte Regelblutung: _____ Datum/Unterschrift _____

Der untere Bereich wird von der Praxis ausgefüllt!

Name, Vorname:	_____ KV	_____ ml	<input type="checkbox"/> Accupaque
	_____ mAS		<input type="checkbox"/> Iopamidol
Geburtsdatum:	_____ Aufnahmen		
	_____ Filme		
	_____ CD		
	_____ Papierdruck		
	_____ PP		

Notizen:

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes: