

Fragebogen und Einverständniserklärung PET/CT

Patientenetikette

- **Wurde bei Ihnen eine der folgenden Untersuchungen schon einmal durchgeführt?**
- Nierenröntgen (i.v. Urographie) nein ja
 - Computertomographie (CT) nein ja
 - Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) nein ja
 - Gefäßröntgen (Angiographie /Koronarangiographie) nein ja
- **Sind nach Kontrastmittelverabreichungen Nebenwirkungen aufgetreten?** nein ja
- Wenn ja: Welche?
- Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl nein ja
 - Asthmaanfall / Atemnot nein ja
 - Hautausschlag nein ja
 - Krampfanfälle / Bewusstlosigkeit nein ja
 - Schüttelfrost nein ja
- **Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?**
- Asthma? nein ja
 - Allergien, die einer Behandlung bedürfen? nein ja
 - Herzerkrankungen? nein ja
 - Nieren/Nebennierenerkrankungen? nein ja
 - Schilddrüsenerkrankungen? nein ja
 - Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)? nein ja
- Wenn ja: Welches Medikament nehmen Sie?
- M. Kahler (Multiples Myelom)? nein ja
 - Grüner Star (Glaukom)? nein ja
- **Haben Sie Angst in engen Räumen (Klaustrophobie, „Platzangst“)** nein ja
- **Kann eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden?** nein ja
- Bei stillenden Müttern bitte Rücksprache vor der Untersuchung mit den Radiologietechnolog/innen / dem Arzt!
- **Zeitpunkt der letzten Mahlzeit?** Uhr
- **Leiden Sie derzeit an einer Verkühlung oder anderen Infektionskrankheiten?** nein ja
- **Leiden Sie derzeit an Verdauungsproblemen (Durchfall, Verstopfung)?** nein ja
- **Haben Sie derzeit muskuläre Verspannungen (Muskelkater)?** nein ja

Wenn ja: Wo?

Bitte umblättern!

