

**Patienteninformationsblatt – Anamneseerhebung PET-CT Untersuchung**

Name des Patienten \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

*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 (IVP/IVU)                     | <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/Herzkatheter)    | <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  JA  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 sowie für Zwecke der fachlichen Präsentation verwendet werden können.

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des/der Patienten/in*

\_\_\_\_\_  
*Name und Unterschrift des Arztes*

\_\_\_\_\_  
*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.: \_\_\_\_\_