RADIOLOGIA BONVICINI RADIOLOGIE
DOTT. PAOLO BONVICINI | S.A.S. – O.H.G.
Via Michael Pacher 12, 39100 Bolzano | Michael-Pacher-Straße 12, 39100 Bozen
Tel. 0471 442700 (opzione 1) – Fax 0471 442720
Email: accettazione.radiologia@gruppobonvicini.it

NÜTZLICHE INFORMATIONEN UND EINWILLIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER UNTERSUCHUNG MIT INTRAVASKULÄRER INJEKTION EINES GADOLINIUMHALTIGEN KONTRASTMITTELS (KM)

Nachname: .....Vorname: .....

Geburtsdatum: ……/……/……

• **ANAMNESE POSITIV FÜR** frühere Nebenwirkungen auf gadoliniumhaltige Kontrastmittel

☐ JA ☐ NEIN

Falls JA, bitte Art der Reaktion und eventuelle Therapie beschreiben. Falls möglich, entsprechende Dokumente beifügen:

□ Idiopathische Anaphylaxie □ Mastocytose □ Aktuelles, rezidivierendes Angioödem
□ Aktuelle Urtikaria □ Nicht ausreichend therapierte bronchiale Asthmaerkrankung, d. h. in den letzten 4 Wochen:

- Hatten Sie mehr als zweimal pro-Woche Symptome? ☐ JA ☐ NEIN
- Wurden Sie nachts wegen Asthma wach? ☐ JA ☐ NEIN
- Haben Sie Salbutamol (z. B. Ventolin/Broncovaleas) mehr als zweimal pro-Woche verwendet? ☐ JA ☐ NEIN
- Gab es Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten wegen Asthma? ☐ JA ☐ NEIN

Falls Sie eine der oben genannten Erkrankungen angekreuzt oder eine Frage mit **JA** beantwortet haben, kann die Durchführung der Untersuchung **nur nach Rücksprache mit der Radiologie** entschieden werden. Die Untersuchung kann daher verschoben werden, bis eine allergologische oder hausärztliche/spezialärztliche Beurteilung vorliegt.

Bitte beachten: Laut den internationalen Richtlinien der **ESUR (Version 10.0)** wird eine **Prämedikation nicht empfohlen.**

• **WERDEN SIE HÄMODIALYSIERT?**

☐ JA ☐ NEIN

Falls JA, an welchen Tagen?

……

Via Michael Pacher 12, 39100 Bolzano | Michael-Pacher-Straße 12, 39100 Bozen
Tel. 0471 442700 (opzione 1) – Fax 0471 442720
Email: accettazione.radiologia@gruppobonvicini.it

Laut den ESUR-Richtlinien (Version 10.0) ist eine Bestimmung des Kreatininwertes **nicht erforderlich**, außer bei der Untersuchung von Leber und Gallenwegen mit einem Kontrastmittel, das teilweise biliär ausgeschieden wird.
In diesem Fall muss **zum Zeitpunkt der Untersuchung** ein aktueller Kreatininwert (nicht älter als 3 Monate) vorgelegt werden.

Daher ERKLÄRE ICH MICH MIT DER DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG UND DER VERABREICHUNG DES KONTRASTMITTELS EINVERSTANDEN.

Unterschrift des Patienten:
……
Unterschrift des überweisenden Arztes:
……
Unterschrift des Radiologen:
…….

Allgemeine Hinweise für geplante Untersuchungen (nicht im Notfall):

• Nüchternheit ist nicht zwingend erforderlich, außer für bestimmte Untersuchungsprotokolle (z. B. Herz- oder Abdomenuntersuchungen), wie in den entsprechenden Informationsblättern angegeben;
• Die Einnahme von Medikamenten sollte (sofern vom behandelnden Arzt nicht anders verordnet) fortgesetzt werden. Die normale Wasseraufnahme ist wichtig – eine gute Hydratation wird empfohlen;
• Vorliegende medizinische Unterlagen und frühere bildgebende Untersuchungen bitte mitbringen;
• Blutchemische Laborwerte können innerhalb von 24 Stunden nach der Untersuchung verändert sein.

Die in diesem Formular enthaltenen Hinweise basieren auf den internationalen Richtlinien der **ESUR (Version 10.0 – 2018).**