

VORBEREITUNG ZUM NIERENRÖNTGEN (UROGRAPHIE, IVP)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihr Untersuchungstermin ist am um Uhr.

- Kommen Sie bitte 15 Minuten vor dem vereinbarten Termin zu uns.
- Bei einer Verhinderung bitten wir Sie um telefonische Absage.
- Es werden im Röntgen-Liesing keine Röntgenuntersuchungen an schwangeren Patientinnen durchgeführt.
- Sind Sie Diabetiker, haben Sie eine Schilddrüsen- oder Nierenerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? _____

- **ZU DIESER UNTERSUCHUNG IST ES UNBEDINGT ERFORDERLICH, EINEN BLUTBEFUND (MIT KREATININ-UND TSH-WERT), DER NICHT ÄLTER ALS EIN MONAT IST, MITZUBRINGEN !**

Das Nierenröntgen mit einer Kontrastmittelinjektion erfordert eine Vorbereitung im Sinne einer leichten Diät, welche am Vortag der Untersuchung durchgeführt werden muss:

AM TAG VOR DER UNTERSUCHUNG

Erlaubte Nahrungsmittel:

Fisch, klare Suppen, Reis, Tee (ungesüßt), Säfte ohne Kohlensäure, Kaffee ohne Milch, Zwieback.

Nicht erlaubte Nahrungsmittel:

Gebäck, Gemüse, Obst, kohlen säurehaltige Getränke, Milch, Käse, Joghurt, Fleisch, Teigwaren und Fruchtsäfte.

AM UNTERSUCHUNGSTAG

Bis zu 4 Stunden vor der Untersuchung können Sie eine leichte Mahlzeit einnehmen (Suppe, ungesüßter Tee) bzw. ein wenig trinken.

Ab 3 Stunden vor dem Untersuchungstermin bitte NICHTS MEHR TRINKEN und ESSEN!

Verordnete Medikamente ansonsten bitte weiter einnehmen!

Intravenöse Pyelographie (IVP)- Fragebogen

1.) Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

Allergien, die einer Behandlung bedürfen

Ja Nein

Infektionskrankheiten

Ja Nein

Erkrankung der Niere / Nebenniere

Ja Nein

Schilddrüse

Ja Nein

Zuckerkrankheit

Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? _____

2.) Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?

Nierenröntgen

Ja Nein

Computertomographie (CT)

Ja Nein

Darstellung der Beinvenen (Phlebographie)

Ja Nein

Gefäßröntgen (Angiographie/Cardangiographie)

Ja Nein

3.) Traten nach der Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf?

Hautausschlag

Ja Nein

Übelkeit/Erbrechen/Würgegefühl

Ja Nein

Asthmaanfall/Atemnot

Ja Nein

Schüttelfrost

Ja Nein

Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit

Ja Nein

4.) Hatten Sie schon eine Operation betreffend den zu untersuchenden Körperteil?

Ja Nein

Welche Körperregion? _____

Wann? _____

5.) Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Ja Nein

Stillen Sie zur Zeit?

Ja Nein

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

Datum

Unterschrift des/der Patienten/in bzw. des/der Erziehungsberechtigten
(bei PatientInnen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr)