

Applikationsschema

Bei bekannter Kontrastmittelallergie



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Quelle: European Radiology (2001)11: 1720-1728/ESUR 2009:7

Patientin/Patient

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Geplante Untersuchung:	
Untersuchungsdatum:	
Zeit:	

Verordnung

Datum	Zeit	Zeit vor Untersuchung	Medikament
		12 Stunden	30 mg Prednisolon (1,5 Tabletten à 20 mg)
		2 Stunden	30 mg Prednisolon (1,5 Tabletten à 20 mg)
		20 Minuten	1 Ampulle Tavegyl® i.v. (Clemastin 2 mg/2 ml)

Ich bestätige hiermit, die oben aufgeführten 3 Prednisolon-Tabletten gemäss den zeitlichen Vorgaben eingenommen zu haben.

Datum:		Unterschrift Patientin/Patient:		Radiologe:	
--------	--	---------------------------------	--	------------	--