



## **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient**

### **Aufklärung zur Computertomographie (CT)**

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Computertomographie (CT) überwiesen. Die CT ist ein bildgebendes Verfahren, bei dem mittels Röntgenstrahlen Querschnittsbilder von allen Abschnitten des Körpers angefertigt werden. Wir untersuchen Sie immer mit der niedrigst möglichen Strahlendosis.

### **Während der Untersuchung**

Zur Aufnahme der Bilder nehmen Sie auf der Liege des Untersuchungsgerätes Platz.

Falls erforderlich bekommen Sie vor der Untersuchung ein Medikament, einen Betablocker oral oder intravenös verabreicht, um die Herzfrequenz zu senken.

Sie bekommen während der Untersuchung ein jodhaltiges Kontrastmittel, üblicherweise in eine Armvene, gespritzt.

Die Untersuchung wird EKG-gesteuert durchgeführt.

Während Sie sich mit der Liege durch den 78 cm weiten Ring des Gerätes bewegen, erfolgt die eigentliche Aufnahme der für die Bilder erforderlichen Daten.

Dieser Vorgang dauert ca. 5-10 Sekunden und ist völlig schmerzfrei.

Für eine gute Bildqualität sollten Sie ruhig und entspannt liegen und eventuelle Atemkommandos oder andere Anweisungen beachten.

### **Risiken einer Computertomographie**

Die Computertomographie ist ein risikoarmes Routineverfahren.

An der Einstichstelle der Kontrastmittelspritze kann es in einzelnen Fällen zu Blutergüssen oder Entzündungen kommen, die möglicherweise behandelt werden müssen. In sehr seltenen Fällen kann es zu anhaltenden Schmerzen oder Missempfindungen sowie Narben an der Einstichstelle kommen.

Obwohl die jodhaltigen Kontrastmittel meist sehr gut vertragen werden, kann es in Einzelfällen zu Nebenwirkungen kommen.

- selten kann es zu leichten allergischen Reaktionen wie Juckreiz, Hautausschlag, Erbrechen kommen
- sehr selten sind schwere allergische Reaktionen mit Herz- und Kreislaufversagen, Atemstörungen und dauerhaften Organschäden.

Wir sind auf die Behandlung eventueller auftretender Nebenwirkungen vorbereitet.

### **Nach der Untersuchung:**

Falls nicht anders vom Arzt angeordnet, trinken Sie nach einer Kontrastmittel-Untersuchung reichlich, damit das Kontrastmittel schneller ausgeschieden werden kann.

Sollten wider Erwarten später nach der Untersuchung Übelkeit, Unwohlsein, Hautausschlag, Schmerzen oder andere Beschwerden auftreten, verständigen Sie bitte umgehend unsere Praxis oder Ihren Hausarzt oder überweisenden Arzt.

**Bitte wenden Sie den Bogen und beantworten Sie sorgfältig die Fragen auf der Rückseite.**



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Größe (cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z. B. Kontrastmittel, Medikamente, Nahrungsmittel, Heuschnupfen)	ja	nein
2. Ist bei Ihnen eine Allergie auf jodhaltige Kontrastmittel bekannt?	ja	nein
3. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	ja	nein
4. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? Wenn ja, welche?	ja	nein
5. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z. B. Hepatitis, HIV)	ja	nein
6. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie hierfür ein?	ja	nein
7. Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus bekannt? Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie hierfür ein?	ja	nein
8. Haben Sie Asthma?	ja	nein
9. Wurde bei Ihnen früher eine Röntgenuntersuchung /eine nuklearmedizinische Untersuchung oder eine Strahlentherapie durchgeführt? Wann? _____ Wo? _____	ja	nein
10. Wurden Sie am Herz oder an Gefäßen operiert?	ja	nein
11. Wurde bei Ihnen eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann und wo?	ja	nein
12. Nehmen Sie Herzmedikamente oder Medikamente zur Blutverdünnung ein? Wenn ja, welche?	ja	nein
13. Sind bei Ihnen folgende Herz-/Kreislaufisriefaktoren bekannt?		
- Bluthochdruck	ja	nein
- Cholesterinerhöhung	ja	nein
- Zuckerkrankheit	ja	nein
- Rauchen	ja	nein
- Gicht	ja	nein
- Herzinfarkt/Schlaganfall in der Familie	ja	nein
14. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	ja	nein
Stillen Sie?	ja	nein

Ich bin damit einverstanden, daß die radiologische Gemeinschaftspraxis die bei meinen behandelnden Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Weiterbehandlung anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Radiologen, Voruntersuchungen mit der aktuellen Untersuchung zu vergleichen.

Ich bin auch damit einverstanden, daß die radiologische Gemeinschaftspraxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient der Information der weiterbehandelnden Ärzte.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber der radiologischen Gemeinschaftspraxis widerrufen werden.

### Einwilligungserklärung über die bevorstehende Untersuchung:

Ich bin über die Untersuchung ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.

Ich bin mit der Untersuchung und mit der Kontrastmittelgabe und einer eventuellen Betablockergabe einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Arztes

#### Praxisinterne Vermerke

Creatinin (mg/ml) \_\_\_\_\_ (Norm bis \_\_\_\_\_) eGFR(ml/min/1,73m) \_\_\_\_\_ TSH \_\_\_\_\_