

# INFORMATIONEN ZUR COMPUTERTOMOGRAPHIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Durchführung einer Computertomographie („CT“) überwiesen. Dabei handelt es sich um eine röntgendiagnostische Spezialuntersuchung, mit der Schnittbilder der interessierenden Körperregion erzeugt werden.

Zum Untersuchungsablauf möchten wir Ihnen vorab folgende Informationen geben:

**Verhalten während der Untersuchung:** Sie werden von der Assistentin auf dem Untersuchungstisch gelagert und sollten sich danach möglichst nicht bewegen. Beachten Sie die evtl. erforderlichen Atemkommandos! Die Untersuchung ist nicht schmerzhaft und dauert meist 5-10 Minuten.

**Für die Computertomographie im Bauchraum** ist meist eine *Kontrastierung des Magen-Darm-Traktes* erforderlich, hierfür wird vor der Untersuchung trinkbares Kontrastmittel verabreicht.

**Für einige Untersuchungen** ist eine *intravenöse („i.v.“) Kontrastgabe* erforderlich. Hierbei kann es zu einer Unverträglichkeitsreaktion (Allergie) kommen, die sich in Form von Juckreiz, Übelkeit oder Luftnot bis hin zum Kreislaufkollaps äußert. Derartige unerwünschte Reaktionen sind bei den modernen jodhaltigen Kontrastmitteln (die hier ausschließlich eingesetzt werden) extrem selten; dennoch sind wir darauf vorbereitet, in einem solchen Fall sofort wirksame Hilfe leisten zu können. Ihr Einverständnis für eine intravenöse Kontrastmittelgabe bestätigen Sie bitte durch Unterschrift (s.u.). In Einzelfällen kann ungewollt Kontrastmittel in das Gewebe neben der Vene gelangen (Paravasat), z. B. bei Armbewegungen. Dies kann zu lokalen Reizungen führen, weswegen wir in solchen Fällen einen Verband anlegen. Die Beschwerden klingen in der Regel in wenigen Tagen ab.

- |  |   |
|--|---|
| 1.) Wurde bei Ihnen anlässlich früherer Röntgenuntersuchungen bereits ein Röntgenkontrastmittel in die Vene verabreicht? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 2.) Falls ja, ist dabei eine <i>Allergie</i> aufgetreten?<br>Wenn ja, wie hat sich diese bemerkbar gemacht?<br>.....     | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 3.) Ist eine <i>Schilddrüsenerkrankung</i> bekannt? Unter-/Überfunktion?   | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 4.) Nehmen Sie <i>Schilddrüsenmedikamente</i> ?<br>Wenn ja, welche?.....   | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 5.) Ist bei Ihnen ein <i>Nierenleiden</i> mit Beeinträchtigung der Nierenfunktion bekannt?                               | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 6.) Liegt bei Ihnen ein Zustand nach Nieren-OP vor (z. B. Einzelniere)?  | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 7.) Nehmen Sie das <i>Diabetesmittel</i> z. B. Metformin/ Siofor etc.?<br>Wenn ja, wann abgesetzt? .....                 | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 8.) Nehmen oder nahmen Sie das Medikament Interferon/Interleukin (z. B. bei Blasen- oder Nierentumor)?                   | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 9.) Ist bei Ihnen eine Jodallergie bekannt?  | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 10.) Ist bei Ihnen eine ansteckende Infektionserkrankung o. ä. bekannt?  | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| 11.) Nur für Frauen:<br>Besteht eine Schwangerschaft?  | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |

Selbstverständlich steht Ihnen der untersuchende Arzt gern zu einem erweiterten persönlichen Gespräch zur Verfügung, wenn Sie noch Fragen haben.

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR KONTRASTMITTEL

Ich habe die Instruktionen verstanden und bin mit der Untersuchung und einer gegebenenfalls erforderlichen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Name..... Vorname..... Geburtsdatum .....

Gewicht in Kilogramm .....kg

Soltau, den .....

.....  
(Unterschrift des Patienten)