

Aufklärungsbogen Computertomographie (CT)

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Datum der Untersuchung

Größe/ Gewicht

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden von Ihrem behandelnden Arzt zu einer 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:

Untersuchungsablauf:

- Um die Bildqualität zu verbessern legen Sie bitte metallische Gegenstände ab und liegen Sie während der Untersuchung möglichst ruhig. Die Untersuchungsliege bewegt sich durch einen weiten Ring. Jederzeit können Sie mit uns in Kontakt treten, Sie werden gesehen und gehört. Die gesamte Untersuchung inkl. Planung dauert ca. 10 Minuten.
- Abhängig von der jeweiligen Fragestellung kann es erforderlich sein, ein jodhaltiges Röntgenkontrastmittel in eine oberflächliche Vene zu verabreichen. **Das Kontrastmittel wird in der Regel sehr gut vertragen.**
- Um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu erleichtern, empfehlen wir nach der Untersuchung reichlich zu trinken.

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der Kontrastmittelgabe

- Bei der intravenösen Kontrastmittelgabe kann häufiger ein kurzfristiges und harmloses Hitzegefühl auftreten sowie Geschmacksveränderungen und Harndrang.
- Ausnahmsweise, z. B. bei schwachen Venen kann das Kontrastmittel in das Gewebe austreten und dieses schädigen oder ein Hämatom (blauer Fleck) um den Injektionsbereich verursachen.
- In sehr seltenen Fällen kann es zu **allergischen Reaktionen** kommen. Diese äußern sich in Form eines Juckreizes oder Hautausschläges.
- In extrem seltenen Fällen kann es jedoch auch zu einer Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Beeinträchtigung bis hin zum Schock kommen.

Die im Bereich der diagnostischen Anwendung liegenden Strahlendosen sind gering. Wir überprüfen die rechtfertigende Indikation kritisch und haben durch unseren modernen CT-Scanner die Möglichkeit Niedrigdosisuntersuchungen durchzuführen, wenn dies medizinisch sinnvoll ist.

	Ja	Nein
Hatten Sie schon eine Untersuchung mit jodhaltigem Kontrastmittel (CT, Röntgen, Herzkatheter-Untersuchung)? Wenn ja, wann zuletzt? _____	☐	☐
Wurde bereits eine CT oder MRT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt? Wenn ja, wann und wo? _____	☐	☐
Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Unfall/ Sturz , der mit der heutigen Untersuchung zusammenhängt?	☐	☐
Wurden Sie im Untersuchungsbereich operiert ? Wenn ja, wann und weshalb? _____	☐	☐
Liegt eine bekannte Tumor- bzw. Krebserkrankung vor? Wenn ja, welche? _____	☐	☐
Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z. B. Hepatitis, TBC, AIDS) Wenn ja, welche? _____	☐	☐
Besteht eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten, Pflaster oder Nahrungsmittel? Wenn ja, welche? _____	☐	☐
Traten bei früheren jodhaltigen CT-Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen auf? Wenn ja, welche? _____	☐	☐
Besteht eine starke Einschränkung der Nierenfunktion oder eine andere Nierenerkrankung ?	☐	☐
Ist bei Ihnen eine Störung der Schilddrüsenfunktion bekannt oder behandelt worden? (Überfunktion, Unterfunktion, Kropf) Nehmen Sie SD-Medikamente? Wenn ja, welche? _____	☐	☐
Haben Sie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? Wenn ja, nehmen Sie Antidiabetika vom Typ Metformin ein?	☐	☐
Frauen im gebärfähigen Alter, könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie?	☐	☐

Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass die radiologischen Untersuchungsergebnisse meinem/r Überweisenden Arzt/ Ärztin bzw. der überweisenden Klinik übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärungen jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Datum Unterschrift Patient/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Erziehungsberechtigter

Datum/ Uhrzeit Unterschrift Arzt/ Vertreter