



## Aufklärungsbogen für Patienten zur Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

Name: ..... Vorname: .....

Geboren am: ..... Gewicht: ..... kg Größe.....cm

Telefonnummer: .....

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Computertomographie ist ein dreidimensionales Röntgenverfahren, mit dem detaillierte Querschnittsbilder von Ihrem Körper erstellt werden. Hiermit können wir mögliche Ursachen für Ihre Beschwerden erkennen, zusätzliche Informationen zu einer bereits bekannten Erkrankung gewinnen und bestimmte Erkrankungen ausschließen.

### 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 min.
- 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.
- 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 Hautausschlages.
- In extrem seltenen Fällen kann es jedoch auch zu einer Atemwegs- oder Herz-Kreislauf-Beeinträchtigung bis hin zum Schock kommen.

Bei schweren Funktionsstörungen **der Nieren** und einer **SchilddrüsenÜBERfunktion** kann Kontrastmittel nur in Ausnahmefällen intravenös verabreicht werden. Wir benötigen in diesen Fällen bitte Ihre aktuellen Laborwerte (Nierenwert Kreatinin und Schilddrüsenwert TSH).

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.

**Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden:**

.....

Seit **wann** bestehen die Beschwerden? .....

	Ja	Nein
Wurde bereits eine <b>CT oder MRT</b> von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann und wo? <i>Voraufnahmen bitte vorlegen</i>		
Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen <b>Unfall / Sturz</b> , der mit der heutigen Untersuchung zusammenhängt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie im Untersuchungsbereich <b>operiert</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann und weshalb?		
Liegt eine bekannte <b>Tumor-</b> bzw. Krebserkrankung vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Sind bei Ihnen <b>Infektionskrankheiten</b> bekannt? (z.B. Hepatitis, TBC, AIDS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Besteht eine <b>Allergie</b> oder eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten, Pflaster oder Nahrungsmittel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Traten bei früheren <b>jodhaltigen CT - Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen</b> auf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?		
Besteht eine starke Einschränkung der Nierenfunktion oder eine andere <b>Nierenerkrankung</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>aktuelle Laborwerte bitte vorlegen</i>		
Ist bei Ihnen eine Störung der <b>Schilddrüsenfunktion</b> bekannt oder behandelt worden? (Überfunktion, Unterfunktion, Kropf)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? <i>aktuelle Laborwerte bitte vorlegen</i>		
Haben Sie <b>Diabetes mellitus</b> (Zuckerkrankheit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, nehmen Sie Antidiabetika vom Typ Metformin ein?		
Frauen im gebärfähigen Alter; Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Datenschutz:**

Ich bin damit einverstanden, dass die radiologischen Untersuchungsergebnisse meinem/r überweisenden Arzt/Ärztin bzw. der überweisenden Klinik übermittelt werden und dass mein Hausarzt und andere mich behandelnde Ärzte die für die radiologische Behandlung erforderlichen Daten und Befunde übermitteln. Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärungen jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

**Patienteninformationsverpflichtung:**

Diese Unterlage wird bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens anzubieten. Wenn Sie aus Gründen des Umweltschutzes darauf verzichten möchten, bitte hier ankreuzen.

**Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens**

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

**Datum:** ..... **Unterschrift:** .....

Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter/e

Unterschrift Arzt