

Patientenaufklärung über die Computertomographie (CT)

NAME: _____ VORNAME: _____

Körpergröße:

Gewicht:

Sehr geehrte Patientin/Sehr geehrter Patient,

die CT-Untersuchung ist eine Röntgenuntersuchung verschiedener Körperregionen in Querschnittsbildern.

Untersuchungsablauf:

Sie liegen bequem auf einer Untersuchungsliege, die sich während der Untersuchung mit Ihnen durch eine weite ringförmige Öffnung bewegt.

Um Organe oder eine etwaige krankhafte Veränderung besser abgrenzen zu können, kann eine intravenöse Kontrastmittelgabe (KM) erforderlich werden.

Bei Untersuchungen des Bauchraumes wird zusätzlich (ca. 1 Stunde vor Untersuchungsbeginn) ein flüssiges KM (ca. ½ bis 1 Liter) verabreicht. Dieses KM wird in der Regel von den Patienten gut vertragen und wird über den Darm ausgeschieden, kann aber zu leichter Durchfallneigung führen.

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen:

Die notwendige Röntgenstrahlung bedingt eine Strahlenexposition, die im Verhältnis zum erwarteten Nutzen der Untersuchung vertretbar ist. Wir sind bemüht, die Strahlendosis so gering wie möglich zu halten (Caredose-Verfahren).

Bei einer KM-Gabe können Überempfindlichkeitsreaktionen (allergische Reaktionen) in Form von kurzzeitiger Übelkeit, Erbrechen, Wärmegefühl oder auch Hautausschlag mit Juckreiz auftreten. Diese Reaktionen klingen jedoch schnell ab.

Seltene schwere allergischen Reaktionen sind: Schwellungen des Kehlkopfes, Atemnot und Herzkreislaufstörungen. Diese schweren allergischen Reaktionen können lebensbedrohlich sein, zu bleibenden Schäden und bis zum Tod führen (1:1000 000).

Um eine Nierenfunktionsstörung oder eine Schilddrüsenüberfunktion auszuschließen, benötigen wir ein aktuelles Blutbild (Kreatinin- und TSH-Wert), welches nach Möglichkeit nicht älter als 4-6 Wochen alt sein sollte.

Kenntnisnahme Unterschrift: _____

CT – Untersuchung mit Kontrastmittel (KM)

Im Rahmen Ihrer CT-Untersuchung kann sich eine KM-Gabe erforderlich machen. Diese erfolgt in der Art, dass eine Armvene punktiert und darüber das Kontrastmittel gespritzt wird.

1.)	Haben Sie zu einem früheren Zeitpunkt schon einmal CT- oder Röntgen-Kontrastmittel (jodhaltig) gespritzt bekommen (z.B. beim Nieren-, Gallenröntgen, einer Gefäßdarstellung etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.)	Wenn ja, haben Sie dieses Kontrastmittel gut vertragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.)	Bestehen Ihrerseits Allergien (Jodallergie, Heuschnupfen, Arzneimittelallergie, Asthma etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.)	Können Sie Fisch, Schalentiere, Tomaten, Kochsalz vertragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5.)	Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.)	Nehmen Sie Diabetesmedikamente ein? Wenn ja, welche? Tabletten: Spritzen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7.)	Besteht bei Ihnen eine Niereninsuffizienz bzw. Nierenfunktionsstörung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.)	Soll Ihre Schilddrüse innerhalb der nächsten 6 Wochen untersucht werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9.)	Sind Sie bei Erfordernis mit einer Kontrastmittelspritze einverstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.)	Bei Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mit der Befundübermittlung an meinen überweisenden Arzt bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift des(r) Patienten(in) / Sorgeberechtigten

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass Ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt.