

PATIENTEN-MERKBLATT UND AUFKLÄRUNG CT-UNTERSUCHUNGEN (Computertomographie)

Bitte händigen Sie uns Voraufnahmen sowie Arztberichte von Voruntersuchungen des zu untersuchenden Körperabschnittes schon vor Beginn der Untersuchung aus.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig und füllen Sie das Formular vollständig aus!

Voraufnahmen der Untersuchungsregion vorhanden? Ja: Nein
 Falls vorhanden, bitte in der Anmeldung abgeben.

- | | |
|---|--|
| 1. Größe (cm): | Gewicht (kg) |
| 2. Für Frauen:
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?
Im ZWEIFEL sprechen Sie mit unserem Personal an der Anmeldung. | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Haben Sie schon einmal eine dieser Untersuchungen gehabt? | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Gefäßröntgen (Angiographie / Herzkatheter) | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Nierenröntgen (Urographie) | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Traten bei Ihnen nach der Gabe von Kontrastmittel Nebenwirkungen auf? <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein | |
| Wenn ja, welche? | |
| Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Asthmaanfall / Atemnot | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? | |
| Allergien, die einer Behandlung bedürfen? | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| des Herzens | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| der Niere / Nebenniere? | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| der Schilddrüse? | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche Diabetes-Medikamente nehmen Sie? | |
| Myasthenia gravis? (spezielle Muskelerkrankung) | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| M. Kahler (multiples Myelom)? | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Sind bei Ihnen ansteckende Erkrankungen bekannt (HIV, Hepatitis, MRSA, TBC)? | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht eine Kontrastmittel-Unverträglichkeit (Jod-Allergie) ? | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein |

Zur Verbesserung der Aussagefähigkeit der Untersuchung ist oftmals eine Kontrastmittelgabe (KM) erforderlich. Bitte lesen Sie die Informationen zum Kontrastmittel auf dem Informationsblatt aufmerksam durch.

Sind Sie ggf. mit der Gabe eines Kontrastmittels (oral/intravenös) einverstanden? Ja: Nein

- | | |
|--|--|
| 7. Wurden Sie im Bereich der zu untersuchenden Region schon einmal operiert? <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein | |
| Wenn ja, welche Operation wurde wann durchgeführt? | |
| 8. Haben Sie im Bereich der zu untersuchenden Region bisher einen Unfall/ bzw. anderweitiges Trauma erlitten? <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein | |
| Wenn ja, welcher Unfall und wann? | |

Bitte wenden und auf der nächsten Seite unterschreiben

→


PATIENTEN-MERKBLATT UND AUFKLÄRUNG CT-UNTERSUCHUNGEN (Computertomographie)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG:

(Bitte ankreuzen)

Ich habe den Aufklärungsbogen sorgsam gelesen und bin über die geplante Untersuchung ausführlich informiert. Ich versichere, dass ich sämtliche Fragen vollständig und nach bestem Wissen beantwortet habe

- Ich habe den Aufklärungsbogen sorgsam gelesen und bin über die geplante Untersuchung ausführlich informiert. Ich versichere, dass ich sämtliche Fragen vollständig und nach bestem Wissen beantwortet habe.
- Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die angeordnete Untersuchung ein.
- Sollte bei der Untersuchung eine Kontrastmittel-Injektion sinnvoll sein, bin ich damit einverstanden.
- Ich willige ein, dass meine Daten (EU DSGVO konform) für meine Behandlung gespeichert und ggf. übermittelt werden.

	
Unterschrift der Patientin/des Patienten und/oder des/r gesetzlichen Vertreters/in	Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem Sie betreuenden medizinisch-technischen Fachpersonal zu übergeben

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch	Name der Patientin/des Patienten
Die Patientin/der Patient stimmt der Untersuchung nicht zu	

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde die Patientin/der Patient über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert

Sie können zum späteren Zeitpunkt Ihr Einverständnis jederzeit formlos widerrufen.

PATIENTEN-MERKBLATT UND AUFKLÄRUNG CT-UNTERSUCHUNGEN (Computertomographie)

Wichtige Informationen zur Computertomographie (CT): Die Computertomographie ist ein digitales Schnittbildverfahren, bei dem unter Verwendung von Röntgenstrahlung überlagerungsfreie Querschnittsbilder einer Körperregion angefertigt werden. Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege, die sich langsam durch die ringförmige Öffnung (Gantry) des Gerätes bewegt. Um eine optimale Bilderqualität zu erhalten, ist es wichtig, dass Sie ganz ruhig und entspannt liegen bleiben. Bei einigen Untersuchungen ist es erforderlich, für kurze Zeit die Luft anzuhalten. Bitte befolgen Sie die Atemanweisungen genauestens. Die Untersuchung dauert in der Regel wenige Minuten und ist völlig schmerzfrei. Während der gesamten Untersuchung haben Sie die Möglichkeit mit unseren Mitarbeitern zu sprechen.

Kontrastmittelgabe: Bei Untersuchungen des Bauchraums oder der Beckenorgane bekommen Sie zur besseren Darstellung des Magen-Darm-Traktes ca. 1 Stunde vor der Untersuchung in Wasser aufgelöstes Kontrastmittel zum Trinken. Bitte trinken Sie das verdünnte Kontrastmittel schluckweise in dem von uns angegebenen Zeitraum, damit der Magen-Darm-Trakt vollständig und gleichmäßig kontrastiert wird. Das orale Kontrastmittel ist sehr gut verträglich.

Bei manchen Untersuchungen ist es notwendig, zusätzlich ein jodhaltiges Kontrastmittel über eine Vene (intravenös) zu verabreichen, damit die Bilder kontrastreicher sind und Blutgefäße und Organe besser beurteilt werden können. Hierbei kann es im Körper zu einem leichten, harmlosen Wärmegefühl sowie zu einem veränderten Geschmack auf der Zunge kommen, was nach wenigen Sekunden verschwindet. Die Kontrastmittel werden in kurzer Zeit vor allem über die Nieren aus dem Körper ausgeschieden.

Bitte beachten Sie, falls nicht anders angeordnet, dass Sie nach der Untersuchung möglichst viel trinken sollten (z. B. Mineralwasser, Tee), um die Kontrastmittelausscheidung zu beschleunigen.

Die heute verwendeten Kontrastmittel sind sehr gut verträglich. Ernste Nebenwirkungen im Rahmen einer solchen Kontrastmittelgabe sind sehr selten. Grundsätzlich können aber Nebenwirkungen auftreten, bis hin zu schweren Kontrastmittelreaktionen. Zu diesen gehören:

– **Allergische Reaktionen** wie z. B. Hautrötung, Hautjucken, Kratzen im Hals, Niesen, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Schwellung an der Einstichstelle.

Schwere oder lebensbedrohliche Nebenwirkungen sind z. B. **Atemnot, Asthmaanfall** oder ein **Kreislaufkollaps**, welche eventuelle intensivmedizinische Maßnahmen erfordern. Diese Nebenwirkungen treten meistens sofort auf, ganz selten verspätet. Wir sind auf die Behandlung von Nebenwirkungen vorbereitet und können bei erhöhtem Risiko gegebenenfalls vorbehandeln.

– Bei Patienten mit **Schilddrüsenerkrankungen** kann für Wochen eine **Überfunktion** entstehen, die in seltenen Fällen intensivmedizinische Maßnahmen erfordert.

– Bei Patienten mit Leberschäden, Blutkrankheiten oder Diabetes können Leber- bzw. Nierenschäden verstärkt werden. Bei vorab bestehenden Störungen der Niere kann es im Falle einer Kontrastmittelgabe sehr selten zur **Verschlechterung der Nierentätigkeit** bis hin zum dialysepflichtigen Nierenversagen kommen. Um Risiken zu minimieren, ist es wichtig, uns die Laborwerte Kreatinin (Krea) und TSH mitzuteilen.

– Patienten mit tablettspflichtigem Diabetes (Zuckerkrankheit) sollten nach Rücksprache metforminhaltige Arzneimittel am Untersuchungstag und 2 Tage nach der Kontrastmittelgabe absetzen, da es zu **Wechselwirkungen** zwischen dem Medikament und dem intravenös verabreichten Kontrastmittel kommen kann.

– In seltenen Fällen kann es bei der Einspritzung des Kontrastmittels zu einer **Verletzung der Vene** kommen und Kontrastmittel kann in die Weichteile austreten (Paravasat), was auch zu lokalen Entzündungen und in sehr seltenen Fällen zu Nervenläsionen führen kann.