Computertomographie

RADIOLOGIE NUKLEARMEDIZIN
KAUFBEUREN • LANDSBERG • FÜSSEN

Name, Vorname: ..... **Geb. Datum:** .....

Adresse: .....

Geburtsname: ..... **Geburtsort:** .....

Telefon-Nr: ..... **E-Mail**: .....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Auf Veranlassung Ihres behandelnden Arztes wurden Sie uns zur Computertomographie überwiesen. Die Computertomographie ist eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung, bei der Schichtbilder des zu untersuchenden Organs erstellt werden. Daraus können zusätzliche Informationen gewonnen werden (z. B. genaue Lage des Krankheitsherdes).

Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege, auf der Sie langsam in eine 70 cm große Ringöffnung hineingefahren werden. Sie sollten ruhig und entspannt liegen bleiben. Falls Probleme auftreten, haben Sie jederzeit die Möglichkeit, über ein Mikrofon mit dem Personal zu sprechen. Während den Aufnahmezeiten, die jeweils nur wenige Sekunden dauern, bitte auf die Atemkommandos achten. Die Gesamtdauer der Untersuchung dauert je nach Fragestellung 15 - 30 Minuten. In manchen Fällen ist es erforderlich über eine Vene ein **jodhaltiges** Kontrastmittel einzuspritzen. Patienten, die Kontrastmittel gespritzt bekommen, sollen 1 Stunde vorher 1 l Wasser trinken, sowie 3 Stunden nüchtern bleiben. Medikamente können nach Plan eingenommen werden.

Ausnahme: Metforminhaltige Medikamente (bei Diabetes mellitus) müssen 2 Tage vor und 2 Tage nach Kontrastmittelgabe abgesetzt werden!

Gelegentlich verursachen die hier verwendeten Kontrastmittel allergische Reaktionen, wie Übelkeit, Augenjucken, Hautausschlag, Kreislaufreaktionen. An der Einstichstelle kann es, wie bei jeder Injektion, zu Schmerzen, Blutergüssen, Infektionen und in sehr seltenen Fällen zu Venenentzündungen, Thrombosen, Nekrosen, Sepsis kommen. Sehr selten sind schwerwiegende Komplikationen wie Kreislaufversagen, bleibende Organschäden und Exitus.

Wichtig: Bei Untersuchungen des Abdomens/Becken bitte vor der Untersuchung nicht mehr zur Toilette gehen!

Fragebogen

Um Risiken rechtzeitig erkennen zu können, möchten wir Sie bitten, uns vorab einige Fragen zu beantworten:

1. Wurde bei Ihnen früher eine Computertomographie durchgeführt? Wenn ja, Wann? Wo?
   .....
2. Besitzen Sie einen Röntgenpass? ❑ Ja ❑ Nein
   Gerne stellen wir Ihnen einen Pass aus
3. Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes?
   .....
   .....
4. a. Angabe des Körpergewichtes in kg: ..... b. Körpergröße in cm: .....
5. Hatten Sie jemals einen chirurgischen Eingriff? Wenn ja, welchen und an welchem Organ?
   .....

Bitte wenden!

6. Besteht eine Allergie (z. B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder **jodhaltiges** Kontrastmittel?

7. Ist eine Nierenfunktionsstörung bekannt? ❑ Ja ❑ Nein
8. Bestehen/Bestanden ernsthafte Erkrankungen? ❑ Ja ❑ Nein
   Wenn ja, welche (z. B. HIV, Hepatitis C)?

   .....
9. Ist eine **Überfunktion** der Schilddrüse bekannt? ❑ Ja ❑ Nein
10. Nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse ein? ❑ Ja ❑ Nein
    Wenn ja, welche?

    .....
11. Sind Störungen des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit) oder wichtiger Organe (z. B. Kreislauf, Herz, Leber) bekannt? **Nehmen Sie metforminhaltige Medikamente bei Diabetes mellitus ein?**

    .....
12. Sind bei früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel schon eimal Beschwerden aufgetreten? (Übelkeit, Juckreiz)?

    .....

Nur für Frauen:

13. Besteht eine Schwangerschaft? ❑ Ja ❑ Nein
14. Stillen Sie? ❑ Ja ❑ Nein

Falls Kontrastmittel gespritzt wurde, sollten Sie nach der Untersuchung viel trinken (Wasser, Tee) um die Kontrastmittelausscheidung zu beschleunigen.

Ausnahme: Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen!

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Wir geben Ihnen gerne Auskunft!

Einwilligungserklärung

- ► **Ich habe den Aufklärungsbogen sorgsam gelesen und verstanden. Gegebenenfalls erforderliche Rückfragen wurden mir verständlich beantwortet.**
- ► **Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit.**
- ► **Ich willige hiermit in die angeordnete Untersuchung ein. Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.**
- ► **Die gestellten Fragen wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet.**
- ► **Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens** ❑ Ja ❑ Nein

....., den .....

.....	.....
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Vormund	Unterschrift (MTRA / MFA / Arzt / Ärztin) der zur Durchführung der Untersuchung berechtigten Person

Ich lehne eine Untersuchung mit Kontrastmittel ab!
Über mögliche Nachteile durch meine Ablehnung wurde ich aufgeklärt.

.....	.....
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Vormund	Unterschrift (MTRA / MFA / Arzt / Ärztin) der zur Durchführung der Untersuchung berechtigten Person