



Diagnostische Radiologie MVZ am DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein

Aufklärungsbogen zur Computertomographie

Name, Vorname: _____

Telefonnummer(n): _____

Geb. Datum: _____

Größe: _____ **cm** **Gewicht:** _____ **kg**

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

die Computertomographie (CT) ist eine Röntgenuntersuchung, mit der Schichtaufnahmen bestimmter Körperregionen erstellt werden können. Mit dieser Untersuchung können etwaige krankhafte Veränderungen für den Arzt sehr gut sichtbar gemacht werden.

Im Falle einer Schwangerschaft besteht ein Risiko für das ungeborene Kind. Aus diesem Grund muss der behandelnde Arzt unbedingt auf eine mögliche Schwangerschaft hingewiesen werden!

Untersuchungsablauf

Sie werden auf einer beweglichen Liege langsam in eine relativ große Öffnung des Gerätes gefahren. Während der Untersuchung sollten sie möglichst ruhig und entspannt liegen. Bitte befolgen Sie die Anweisungen zur Atmung. Die Computertomographie ist völlig schmerzfrei. Die Untersuchungsdauer selbst beträgt in der Regel 2 – 15 Minuten.

Kontrastmittel

Abhängig von der jeweiligen Fragestellung kann es erforderlich sein, ein intravenöses Kontrastmittel zu verabreichen. Hierdurch werden krankhafte Prozesse zuverlässiger erkannt. Dieses Kontrastmittel wird meistens problemlos vertragen. Bei der intravenösen Kontrastmittelgabe kann kurzfristig ein Hitzegefühl auftreten.

Selten kommt es zu leichten allergischen Reaktionen auf das Kontrastmittel (Brech- und Juckreiz oder Hautausschlag). Diese Reaktionen klingen in der Regel auch ohne Behandlung von allein ab.

Sehr selten kommt es zu schweren Reaktionen, verbunden mit einer Schleimhautschwellung im Kehlkopf, zu Herz- und Kreislaufversagen, zu Atemstörungen und Krampfanfällen, die der sofortigen ärztlichen Hilfe bedürfen. Hier kann es u. U. zu einer lebensbedrohlichen Situation oder infolge mangelnder Organdurchblutung, zu bleibenden Schäden kommen.

Extrem selten kann es im Falle einer Kontrastmittelinjektion bei vorab bestehenden Störungen der Niere bzw. Schilddrüse zu Verschlechterungen (bis zum Versagen) der Nierentätigkeit bzw. zur Überfunktion der Schilddrüse kommen. Hier ist ärztliche Hilfe ebenfalls vonnöten.

Extrem selten kann es infolge von Einspritzungen (z.B. Spritzenabszess, Nerven- und Venenreizung) zu Schädigungen kommen, die medikamentös oder operativ behandelt werden müssen und lang anhaltende Beschwerden (Narben, Taubheitsgefühl) zur Folge haben können.

Bei einer vorbestehenden **Nierenschädigung** kann es zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion kommen. Im Falle einer vorbestehenden **Schilddrüsenstörung** kann eine Überfunktion ausgelöst werden. Deshalb bitten wir Sie die aktuellen Blutwerte für die Nierenfunktion und Schilddrüse zur Untersuchung mitzubringen.

Vermeidung von Risiken

Zur Vermeidung von möglichen Risiken, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Besteht eine Allergie / Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten, Pflaster oder Kontrastmitteln? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, gegen welche? _____

Haben Sie bereits einmal jodhaltiges Kontrastmittel i.v. (z.B. Herzkatheter, Gefäßdarstellung der Beine o.ä.) erhalten? _____ JA ☐ NEIN ☐

Sind hierbei Zeichen einer Unverträglichkeit aufgetreten? _____ JA ☐ NEIN ☐

Besteht eine starke Einschränkung der Nierenfunktion oder eine andere Nierenerkrankung? Ist

der Nierenfunktionswert bekannt (GFR, Kreatinin)? Müssen Sie regelmäßig zur Blutwäsche (Dialyse)? _____ JA ☐ NEIN ☐

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt oder behandelt worden? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, womit wurde/wird sie behandelt? _____

Haben Sie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, werden Sie medikamentös behandelt und womit? _____

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wurde bereits eine MRT oder CT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, wo und wann? _____

Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit (z. B. Hepatis, HIV, Tbc)? _____ JA ☐ NEIN ☐

Sind Sie mit einer i.v. KM-Gabe einverstanden? _____ JA ☐ NEIN ☐

An welcher (Tumor-)Erkrankung leiden Sie, wurde bereits eine (Tumor-)Erkrankung festgestellt? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, welche? Wird/Wurde diese behandelt/operiert? _____

Wurden Sie aus anderen Gründen schon einmal operiert? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, wo, wann und was? _____

Patienteninformationsverpflichtung: Dieses Formblatt wird bei uns für 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens auszuhändigen. Wenn Sie aus Gründen des Umweltschutzes darauf verzichten wollen, bitte hier ankreuzen:

Ich benötige eine Kopie _____ JA ☐ NEIN ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass von mir aktuelle und ältere angefertigte Bilddokumentationen und Befundberichte sowohl von uns bei behandelnden Ärzten angefordert als auch an diese weitergeleitet werden dürfen.

Datum / Unterschrift Arzt

Unterschrift des/r Patienten/in (bzw. Erziehungsberechtigten)