



## **Patienteninformation und Einverständniserklärung Computertomographie (CT)**

Sehr geehrte/r Patient/in,

Sie sind uns von Ihrem Arzt zur Durchführung einer radiologischen Untersuchung (Computertomographie) überwiesen worden. Wir wollen Sie mit dieser Patienteninformation über die vorliegende Untersuchung und über etwaige Risiken aufklären.

Risiken aus der Anwendung von Röntgenstrahlen entstehen bei zu hoher Belastung der Keimzellen und betreffen mögliche Nachkommen Ihrerseits. Die bei uns applizierte Strahlendosis ist so gering, dass sie der kosmischen Strahlung von einem Urlaub in 2000m Höhe entspricht. Trotzdem werden wir Sie bei bestehender Schwangerschaft in der Regel nicht mit Röntgenstrahlen untersuchen. Auf Wunsch können wir Ihnen einen Röntgenpass ausstellen.

Manchmal ist es nötig, Kontrastmittel in eine Armvene (intravenös) zu spritzen, um damit das zu untersuchende Organ genauer abbilden zu können. Wie bei allen Medikamenten kann es in sehr seltenen Fällen auf das von uns angewendete Jod-Kontrastmittel zu allergischen Reaktionen kommen.

Diese äußern sich in Form von vorübergehendem Juckreiz, Hautausschlag, Ödembildung und Brechreiz. Nur in extrem seltenen Fällen (1:100.000) können schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen in Form eines anaphylaktischen Schocks auftreten. Für solche Notfälle sind wir sowohl ausgebildet als auch mit allen Mitteln der modernen Medizin ausgerüstet.

Sehr selten kann es im Rahmen einer intravenösen Kontrastmittelgabe bei vorab bestehenden Störungen der Nieren- bzw. Schilddrüsenfunktion zu einer Verschlechterung der Nierentätigkeit bzw. zu einer Überfunktion der Schilddrüse kommen. Nach der Gabe von intravenösem Jod-Kontrastmittel ist eine nuklearmedizinische Untersuchung der Schilddrüse einen Monat lang nicht möglich.

### **Radiologische Untersuchungen, die in der Regel eine Kontrastmittelgabe erfordern:**

- CT des Schädels (Gehirn) und der Halsweichteile
- CT des Thorax (Lunge und Herz) und Gefäßdarstellung (CT-Angiographie)
- CT des Abdomens (Bauchorgane) / des Beckens (Weichteildarstellung)

Bei bestimmten Fragestellungen im CT, die den Bauchraum betreffen, ist es notwendig dass vorher ein jodhaltiges Kontrastmittel getrunken wird. Dies erfolgt über einen Zeitraum von einer bis eineinhalb Stunden vor der Untersuchung.

Elektronische oder implantierte Geräte wie Herzschrittmacher und Insulinpumpen stören nicht, jedoch ist es notwendig bestimmte Bekleidungsgegenstände sowie Schmuck in der zu untersuchenden Region abzulegen. Alle abgelegten Gegenstände verbleiben in der Umkleidekabine.

### **Bitte keine Gegenstände mit in den Untersuchungsraum nehmen.**

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



Um eine optimale Untersuchung und Befundung vorzunehmen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Größe

\_\_\_\_\_  
Gewicht

### Fragebogen

1. Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?

\_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

- |  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 2. Liegt eine Funktionsstörung der Nieren vor?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Besteht eine Funktionsstörung der Schilddrüse (Über- / Unterfunktion)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Besteht eine Schwangerschaft?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Stillen Sie?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Besteht eine Jod-Kontrastmittel-Allergie?<br>wenn JA, ist nur eine native CT-Untersuchung möglich. Diese erfolgt nach Rücksprache mit dem Radiologen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Besteht eine Allergie gegen Medikamente?<br>Wenn ja, welche:<br>_____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatits, HIV, Tuberkulose)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Ja      Nein

10. Ist eine Diabetes (Zuckerkrankheit) bekannt? (siehe unten)

    

- |                                     |                                   |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetase  | <input type="checkbox"/> Meglucon | <input type="checkbox"/> Diabesin  |
| <input type="checkbox"/> Glucophage | <input type="checkbox"/> Mescorit | <input type="checkbox"/> Glucobon  |
| <input type="checkbox"/> Mediabet   | <input type="checkbox"/> Thiabet  | <input type="checkbox"/> Metformin (Basics, Heumann,<br>AL, Radiopharm, Stada, Siofor) |

Wenn Sie metforminhaltige Antidiabetika einnehmen, ist explizit dieses Medikament 2 Tage vor und 2 Tage nach der intravenösen Jod-Kontrastmittelgabe abzusetzen!

11. Haben Sie einen nächsten Termin bei Ihrem Überweisenden Arzt/Krankenhaus?

    

12. Sind bei Ihnen schwerwiegende/bösartige Krankheiten bekannt?

    

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

13. Fand in der heute zu untersuchenden Körperregion schon einmal ein Operativer Eingriff statt?

    

Wenn ja, wann:

Wo (Klinik, Arzt):

\_\_\_\_\_

14. Wurden andere Untersuchungen dieses Bereiches durchgeführt?

    

Wenn ja, wann:

Wo (Klinik, Arzt):

\_\_\_\_\_

Ich habe die Patienteninformation gelesen, habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung, gegebenenfalls mit einer Kontrastmittelgabe (auch bei meinem Kind) (Name des Kindes) einverstanden.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Uhrzeit

Name, Vorname

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter

Telefonnummer