



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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Computertomographie (CT) überwiesen. Es handelt sich um eine besondere Form einer Röntgenuntersuchung, bei der ein Computer überlagerungsfreie Bilder der untersuchten Körperregionen in allen Raumebenen berechnen kann, sodass Erkrankungen besser erkannt und Ihre Ausdehnung genauer bestimmt werden können als mit herkömmlichen Röntgenbildern.

Kommt als Alternative die Ultraschalluntersuchung, Kernspintomographie (MRT) oder z. B. die Endoskopie in Betracht, werden wir Sie über die jeweiligen Vor- und Nachteile individuell informieren.

Die beim CT entstehende Strahlenbelastung wird zwar von uns möglichst gering gehalten, sie ist aber dennoch höher als bei einer Röntgenuntersuchung und daher sollten Schwangere und Kinder in aller Regel nicht mittels Computertomographie untersucht werden.

Im CT werden Sie für wenige Minuten auf einer fahrbaren Liege in die Geräteöffnung positioniert, damit die Schichtaufnahmen angefertigt werden können. Bitte liegen Sie dabei möglichst ruhig und beachten die evtl. erforderlichen Atemkommandos.

Für manche Untersuchungen wird Kontrastmittel benötigt, das in die Armvene gespritzt wird. Diese sind im allgemeinen sehr gut verträglich. Wie bei jedem Medikament, sind auch hier unerwünschte Nebenwirkungen möglich. Vorübergehende Wärmegefühle sind ganz normal bei der Injektion. Manchmal kommt es zu Juckreiz und Hautausschlag. Gelegentlich können Verletzungen der Venen entstehen mit Austritt des KM in die Weichteile (Paravasat), Blutergüsse oder Nachblutungen sind möglich, sehr selten bleibende Nervenschädigungen oder Infektionen. Extrem selten sind Unverträglichkeitsreaktionen auf das Kontrastmittel bis hin zum anaphylaktischen Schock. Bei vorab bestehender Nieren- bzw. Schilddrüsenfunktionsstörung kann es zu einer Verschlechterung der Nierentätigkeit kommen oder zu einer Überfunktion der Schilddrüse. Wenn für die Untersuchung auch Kontrastmittel getrunken werden soll, kann es zu Übelkeit und Durchfällen führen.

Damit wir Sie optimal untersuchen können, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Größe

\_\_\_\_\_  
Gewicht



### Fragebogen

1. Was sind Ihre führenden Beschwerden, gab es Voroperationen?

---

---

- |  | Ja                    | Nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 2. Gab es eine Kontrastmittelunverträglichkeit/Jod-KM-Allergie?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Leiden Sie unter einer Nierenerkrankung/Nierenfunktionsstörung?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ist eine erhöhte Eiweißausscheidung über den Urin festgestellt worden?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Wurden Sie an der Niere operiert?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Besteht ein erhöhter Blutdruck (arterielle Hypertonie)?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Leiden Sie unter Gicht?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Besteht einer Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Nehmen Sie Metforminhaltige Medikamente ein?                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Besteht eine Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit?               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Leiden Sie unter Asthma oder einer medikamentös behandelten Allergie?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Besteht eine Infektionserkrankung (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Wurden Sie vor kurzem stationär im Krankenhaus behandelt?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wenn ja, wann und weshalb? \_\_\_\_\_

---



Ja      Nein

Sind Sie bereits im CT voruntersucht worden?

    

Wenn ja, wann und welche Körperregion? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

    

15. Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelgabe im MRT (Kernspintomographie), eine Schilddrüsenszintigraphie oder Radiojodtherapie erfolgt/geplant?

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, verstanden und alle Angaben nach bestem Wissen ausgefüllt. Ich bin ausreichend informiert und mit der vorgeschlagenen Untersuchung und ggf. Kontrastmittelgabe einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des aufklärenden Arztes