

Computertomographie

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. Bei Bauch- und Beckenuntersuchungen muss auch ein Kontrastmittel getrunken werden. Medikamente können nach Plan eingenommen werden.

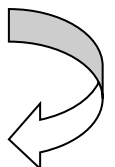
Ausnahme: Metforminhaltige Medikamente (bei Diabetel mellitus) müssen 2 Tage vor und 2 Tage nach Kontrastmittelgabe abgesetzt werden!

In der Regel verläuft die Untersuchung ohne erkennbares Risiko. Gelegentlich kann es jedoch durch das verabreichte Kontrastmittel zu allergischen Reaktionen, wie z.B. Übelkeit, Brech- oder Juckreiz, Hautausschlag und ähnlichen leichten Reaktionen kommen, die meistens von selbst wieder abklingen.

In den seltensten Fällen kann es zu schwerwiegenden Überempfindlichkeitsreaktionen kommen.

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

BITTE WENDEN!!!



Aufklärungs- & Fragebogen Computertomographie



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

Adresse:.....

Geburtsname: Geburtsort:.....

Telefon- Nr:

Um Risiken rechtzeitig erkennen zu können, möchten wir Sie bitten, uns vorab folgende 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. Besteht eine Allergie (z. B. Heuschnupfen, Asthma) oder eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder **jodhaltiges Kontrastmittel**?

.....

6. Ist eine Nierenfunktionsstörung bekannt?..... Ja Nein

7. Bestehen / Bestanden ernsthafte Erkrankungen)? Ja Nein

Wenn ja, welche? (z.B.: HIV, Hepatits C)?.....

8. Ist eine **Überfunktion** der Schilddrüse bekannt? Ja Nein

9. Nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse ein?..... Ja Nein

Falls Ja, welche?

.....

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

.....

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

.....

12. Hatten Sie jemals einen chirurgischen Eingriff? Wenn ja, welchen und an welchem Organ?

.....

Nur für Frauen:

12. Besteht eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

13. Stillen Sie?

Ja

Nein

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

Ausnahme: Patienten mit Herz- und Kreislauferkrankungen!

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