

# Aufklärungsbogen für Patienten zur Computertomographie (CT)

PIK  

Name: ..... Vorname: .....  
Geboren am: ..... Gewicht: .....kg Körpergröße: .....cm

## Funktionsweise und Untersuchungsablauf der Computertomographie:

Die Computertomographie (CT) ist ein modernes, bildgebendes Diagnoseverfahren mit Röntgenstrahlen, das überlagerungsfreie Aufnahmen (Schnittbilder) mit hohem Aussagewert anfertigt.

Die Untersuchung findet in liegender Position statt. Nach der Einstellprozedur mit einem Positionslaser (hierzu schließen Sie bitte die Augen) werden Sie für die Aufnahmen durch das ringförmige, offene Gerät gefahren. Die einzelnen Messungen dauern in der Regel 5 bis 20 Sekunden. Bei Untersuchungen des Brustkorbes oder Bauches bitten wir Sie, auf Anweisung den Atem anzuhalten, um unscharfe Bilder zu vermeiden. Die Untersuchungszeit beträgt ungefähr 5 bis 15 Minuten.

Um die Aussagekraft der Bilder zu erhöhen, ist es manchmal notwendig, 2 Stunden vor der Untersuchung ein Kontrastmittel oder Wasser zu trinken.

In einigen Fällen ist es erforderlich, während der Aufnahme ein jodhaltiges Kontrastmittel in die Venen zu spritzen. Das erzeugt in den meisten Fällen ein Wärmegefühl, welches einige Sekunden bis zu einer Minute andauern kann.

Nach einer intravenösen Kontrastmittelgabe ist es wichtig, dass Sie hinterher bitte reichlich trinken (z.B. Wasser, Tee, etc.), um das Kontrastmittel schneller wieder auszuscheiden.

## Mögliche Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen:

Die Computertomographie hat eine etwas höhere Strahlenbelastung als eine normale Röntgenaufnahme, bei einem in der Regel sehr viel höheren Aussagewert.

Das Kontrastmittel ist gut verträglich. **Allergische Reaktionen** leichter Art (vorübergehende Hautreaktion, Schwellung, Schwindel, Erbrechen, Niesen) kommen vereinzelt vor.

**Schwere Komplikationen** (Herz-Kreislaufprobleme, Atemnot, Asthmaanfall) und **bleibende Schäden** (Organversagen, Lähmungen, etc.) sind sehr selten.

Bei **eingeschränkter Nierenfunktion** steigt das Risiko von **Nierenversagen** und bei Einnahme von Diabetes-Medikamenten mit dem Wirkstoff **Metformin** besteht die Gefahr einer lebensbedrohlichen **Bewusstlosigkeit**.

Bei einer **Schilddrüsenüberfunktion** kann das jodhaltige Kontrastmittel bis zu 4 Wochen nach Injektion zu einer schweren **thyreotoxischen Krise** führen.

Bei der Venenpunktion und beim schnellen Einspritzen des Kontrastmittels kann es zu einem **Hämatom** („blauen Fleck“) an der Injektionsstelle kommen, in sehr seltenen Fällen ist eine **Nekrose** (Gewebsabsterben) oder **Infektion** (im Extremfall Blutvergiftung) möglich.

Zur Vermeidung von möglichen Risiken **beantworten Sie bitte die Fragen auf Seite 2.**

	Ja	Nein
Haben Sie früher Kontrastmittel (z.B. bei CT, Nieren-Röntgen, Herzkatheter etc.) erhalten?		
Wenn <b>Ja</b> , haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen?		
- Besteht eine Einschränkung der Nierenfunktion?		
- Sind Sie zuckerkrank? Wenn <b>Ja</b> , nehmen Sie <b>Metformin</b> ein und <b>wann zuletzt</b> ?		
- Besteht eine <b>Herzerkrankung</b> ? Wenn <b>Ja</b> , welche?		
- Besteht eine Schilddrüsenerkrankung; Über-/Unterfunktion, Tumor? Wenn <b>Ja</b> , nehmen Sie Schilddrüsen-Medikamente, welche?		
- Besteht eine Allergie, Überempfindlichkeit (z.B. Nahrungsmittel, Medikamente, etc.)? Wenn <b>Ja</b> , welche?		
- Haben Sie ein <b>Plasmocytom</b> oder <b>Multiples Myelom</b> (spezieller Blutkrebs)?		
- Könnten Sie schwanger sein? - Stillen Sie?		
- Wurden früher schon Computertomographien (CT) bei Ihnen durchgeführt? Wenn <b>Ja</b> , wann, welche Körperregion, wo wurde das CT durchgeführt? Bitte notieren Sie:		
- Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn <b>Ja</b> , was wurde wann operiert? Bitte notieren Sie:		

Arztnotizen:

Alternative Diagnostik: Röntgen - Sonographie - MRT- Nuklearmedizin - etc.

**Patienteninformationsverpflichtung:**

Diese Unterlagen werden bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens auszuhändigen, soweit Sie dieses wünschen.

**Ich benötige keine Kopie:**  **Ich habe eine Kopie erhalten:**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

**Datum**..... **Unterschrift**.....  
 Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter/e  
 Unterschrift Arzt  
 (Dres. Henger / Schubert / Futh)

Ablehnung:

*Ich lehne die Untersuchung ab. Ich wurde über die möglichen Folgen und Nachteile aufgeklärt.*

Datum..... Unterschrift.....