

Einverständniserklärung Computertomographie (CT)

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Krankenkasse:

Körpergröße: (cm)

Gewicht: (kg)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Computertomographie durchgeführt werden. Hierzu einige wichtige Informationen.



Computertomographie – Was ist das?

Die Computertomographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder eines Körperabschnittes angefertigt werden können.

Sie zeigt ein erheblich genaueres Bild von pathologischen Prozessen und deren Organabgrenzung als eine konventionelle Röntgenaufnahme.

Dies ist für die Planung von Behandlungsmaßnahmen oft von entscheidender Bedeutung.

Was erwartet mich?

Sie liegen ruhig auf einem speziellen Untersuchungstisch, der sich langsam in die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Diese Öffnung ist relativ weit, so daß Platzangst in aller Regel nicht auftritt. Während der Untersuchungszeit haben Sie immer die Möglichkeit Kontakt mit uns aufzunehmen. Die Untersuchung selbst dauert nur wenige Minuten und ist völlig schmerzfrei.

Wie verhalte ich mich im Gerät?

Für eine optimale Bildqualität ist eine ruhige Lage besonders wichtig. Bei einigen

Untersuchungen ist es erforderlich, kurze Zeit die Luft anzuhalten.

Bitte bleiben Sie möglichst still liegen und atmen Sie gleichmäßig und ruhig.

In einzelnen Fällen ist zusätzlich eine **Kontrastmittelgabe** erforderlich. In der Regel wird dieses intravenös verabreicht.

Während der Kontrastmitteleinspritzung kann es im Körper zu einem mäßiggradigen Wärmegefühl kommen, das harmlos ist und nach wenigen Sekunden verschwindet.

Vor und nach der Untersuchung

Wenn Ihr Bauchraum und/oder das Becken untersucht werden sollen, beachten Sie bitte folgendes: Am Tag vor der Untersuchung keine blähenden Speisen essen; ggfs.

verordnete Abführmittel einnehmen. Achtung: Abführmaßnahmen können die Wirksamkeit bestimmter Medikamente (z.B. „Pille“) einschränken oder aufheben.

Falls nicht anders angeordnet: 2 Stunden vor der Untersuchung nichts mehr essen/trinken. Bei Bauchuntersuchungen bekommen Sie zur Darstellung von Magen und Darm ca. 1 Stunde vor der Untersuchung in etwa 1,5 l Wasser aufgelöstes Kontrastmittel zum Trinken.

Nach der Untersuchung empfiehlt es sich, falls Kontrastmittel verabreicht wurde, reichlich zu trinken. Dies unterstützt die Nieren bei der Ausscheidung des Kontrastmittels.

Ältere Patienten, sowie Patienten mit Herz- und Nierenerkrankungen sollten dies vorsichtig tun und ggfs. vorher ärztliche Rücksprache halten.

Risiken und Wechselwirkungen

Die im CT eingesetzten Kontrastmittel werden in aller Regel gut vertragen. Das gelegentlich spürbare Wärmegefühl ist keine Komplikation.

BITTE WENDEN

Bei Überempfindlichkeit kann es jedoch zu allergischen Reaktionen wie Brechreiz, Juckreiz und Hautausschlag kommen. Diese bedürfen in der Regel keiner weiteren Behandlung, da sie von selbst abklingen. Extrem selten kommt es zu schweren Kreislaufreaktionen, die eine stationäre Aufnahme erforderlich machen können. Bleibende Organschäden sind ebenfalls extrem selten. Patienten mit einer Schilddrüsenüberfunktion dürfen kein jodhaltiges Kontrastmittel bekommen. Patienten mit metforminpflichtiger Zuckerkrankheit sollten das Metforminpräparat nach Rücksprache 3 Tage vorher absetzen. Das Kontrastmittel wird über die Nieren ausgeschieden, bei einer eingeschränkten Nierenfunktion sind die Risiken für einen bleibenden Nierenschaden deutlich erhöht.

Bitte melden Sie sich an der Anmeldung, falls Sie Typ II Diabetiker sind, an einer Hyperthyreose/sonst. Schilddrüsenerkrankung oder Nierenunterfunktion leiden oder Allergien gegen Röntgenkontrastmittel bestehen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Wurden Sie hier schon einmal untersucht? Ja Nein

Frühere CT-Untersuchungen, bezogen auf den heutigen Untersuchungsbereich:
Wenn ja, welche und wo? Ja Nein

Bestehen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, andere)?..... Ja Nein

Sind Sie **Diabetiker**? Ja Nein

Wenn ja Nehmen Sie ein Metformin haltiges Medikament? Ja Nein

Wenn ja Abgesetzt am: _____

Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion? **Ja Nein**

Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung? **Ja Nein**

Welche?.....

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente? Welche

Haben Sie schon einmal **Röntgenkontrastmittel** erhalten? Ja Nein

Wenn ja: Traten dabei Nebenwirkungen auf? Ja Nein

Besteht eine Herzerkrankung? **Ja Nein**

Ist eine Nierenunterfunktion bekannt? **Ja Nein**

Sind Allergien bekannt? **Ja Nein**

Haben Sie einen Röntgen- oder Allergiepass? Ja Nein

Frauen: Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft?** (welche SSW?.....) **Ja Nein**

Sind Sie mit einer intravenösen und/oder oralen Kontrastmittelgabe einverstanden? **Ja Nein**

Bitte geben Sie evtl. mitgebrachte Unterlagen / CDs am Empfang ab. Vielen Dank.

Wenn Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, oder wenn Ihnen Einzelheiten des Informationsblattes unklar geblieben sind, wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.

Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsblattes verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen zur geplanten Untersuchung. Ich erkläre mich mit der Durchführung einverstanden und verzichte auf die gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit.

Ich bin einverstanden, dass die Braunüle (falls erforderlich) durch med. Assistenzpersonal gelegt wird.

Hiermit bestätige ich, dass ich die Informationen zum Datenschutz gelesen und vollständig verstanden habe.

Ich wünsche eine Kopie dieses Formulars Ja Nein

Datum

Unterschrift Patient

gesetzlicher Vertreter