

## COMPUTERTOMOGRAPHIE

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

auf Anweisung Ihres behandelnden Arztes soll bei Ihnen eine Computertomographie durchgeführt werden.

### **Untersuchungsablauf**

Bei der Computertomographie werden mittels Röntgenstrahlen Schichtbilder des Körpers erstellt. Für die CT-Untersuchung, die etwa 5 bis 15 Minuten dauert, werden Sie auf einer fahrbaren Liege in der Öffnung des Gerätes positioniert. Während der Untersuchung bewegt sich der Untersuchungstisch mit Ihnen langsam vor oder zurück. Dabei sollten Sie möglichst still liegen, da sonst die Schnittbilder verwackeln und Teile der Untersuchung unter Umständen wiederholt werden müssen. Je nach Untersuchungsregion werden wir Sie eventuell auffordern, für kurze Zeit den Atem anzuhalten.

### **Risiken der Untersuchung**

Bei der Computertomographie wird der Körper einer geringen Strahlendosis ausgesetzt, die aber höher als bei einer herkömmlichen Röntgenuntersuchung ist. Deshalb wird die Indikation vom Arzt zur CT-Untersuchung streng gestellt, d.h. die Untersuchungsaussage (Diagnosefindung) muss die Strahlenbelastung rechtfertigen. Im Falle einer Schwangerschaft besteht das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes und es sollten nach Möglichkeit andere Untersuchungsverfahren eingesetzt werden.

### **Vorbereitung**

Vor Betreten des Untersuchungsraumes legen Sie bitte alle metallischen Gegenstände ab, die Sie am Körper tragen. Dazu gehören z.B. Armbanduhr, Brille, Hörgerät, Haarnadeln, Geldbörse, Gürtel, Kugelschreiber, Ohringe, Schlüssel, Piercings sowie Schmuck und andere Kleidungsstücke mit Metall. Nehmen Sie bitte keine Scheckkarten mit in den Untersuchungsraum.

### **Kontrastmittelgabe**

Bei einigen Fragestellungen ist es notwendig, ein Kontrastmittel über eine Vene zu injizieren. Kontrastmittel sind unbedenkliche, vielfach angewendete und gut erprobte Medikamente. In seltenen Fällen treten jedoch allergische Reaktionen auf. Betroffen sind meist Menschen, die bereits an einer Allergie leiden. Mögliche Reaktionen können Juckreiz, Hautrötung, Übelkeit und Erbrechen sein. Sehr selten sind Atem- und Herzkreislaufstörungen oder lebensbedrohliche Komplikationen, die eventuell eine Weiterbehandlung erfordern. Bei einigen, bereits bestehenden Allergien kann vorbereitend und begleitend ein Medikament verabreicht werden, um eine allergische Reaktion zu vermeiden. Auch diese Maßnahme ist nicht frei von jeglichem Risiko.

Bei Diabetikern (Diabetes mellitus Typ 2), die den Wirkstoff Metformin zu sich nehmen, ist es wichtig, diese Substanz für mindestens 48 Stunden vor und nach der Untersuchung abzusetzen. Dazu sollte ein Termin mit dem Hausarzt bzw. Internisten vereinbart werden.

Bei Patienten mit Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) ist es zur Vermeidung einer thyreotoxischen Krise wichtig, vor der Untersuchung die Schilddrüse zu "blockieren". Dazu sollte ein Termin mit dem Hausarzt bzw. Internisten vereinbart werden.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Termin \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Größe u. Gewicht \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

**1 großes Handtuch  
 1h vor geplanter Untersuchung 1l Wasser trinken**

**Bitte 2h vor der Untersuchung  
 nüchtern bleiben**

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

**Bemerkungen - wann – welche ?**

- Sind Sie schon einmal im CT untersucht worden?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an einer Medikamentenallergie?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an einer Lebensmittelallergie?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an Heuschnupfen oder allergischem Asthma?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Sind andere Allergien bekannt?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an Diabetes mellitus?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie ein metforminhaltiges Medikament ein?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an einer Herz-, Kreislauf - oder Lungenerkrankung?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Besteht bei Ihnen die Krankheit „ Plasmozytom“?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine Überfunktion der Schilddrüse?  nein  ja \_\_\_\_\_
- Für Frauen im gebärfähigen Alter  
 Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ja \_\_\_\_\_

Wenn Sie Fragen zur Untersuchung, zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, beantworten wir sie Ihnen gerne. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen.

**Einverständniserklärung**

Mit der Durchführung der CT-Untersuchung und einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. Nach einer Kontrastmittelgabe verbleiben Sie bitte noch 30 Minuten in unserer Abteilung.

**Bitte verständigen Sie uns sofort, wenn Übelkeit, Durchfall, Schwindel, Hautausschlag, Unwohlsein, o. a. Beschwerden während oder nach der Untersuchung auftreten. Bei Beschwerden nach dem Verlassen unserer Abteilung, informieren Sie bitte umgehend Ihren Arzt oder rufen den Notarzt.**

**Datenschutzerklärung**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin informiert worden, dass alle Mitarbeiter eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.  ja  nein
- Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.  ja  nein
- Im Falle eines stationären Aufenthaltes gebe ich mein Einverständnis, die vorliegende Aufnahmen der Station und den mitbehandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen  ja  nein
- Ich bin informiert worden, dass ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen kann  ja  nein
- Die Datenschutzerklärung der Praxis habe ich gelesen und verstanden.  ja  nein
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Befund per E-Mail unverschlüsselt verschickt werden darf.  ja  nein

**Unterschrift Patient /Bevollmächtigter.....**

Nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch habe ich auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.

- Ich verzichte auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens  
 Ich wünsche eine Kopie und bestätige, eine Kopie erhalten zu haben

Rüdersdorf, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/Betreuer \_\_\_\_\_

**Unterschrift Arzt:** \_\_\_\_\_