

COMPUTERTOMOGRAPHIE

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. Geldbörse, Armbanduhr, Brille, Hörgerät, Haarnadeln, 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 Herz-Kreislaufstörungen 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. **Nach Impfungen wird empfohlen vor einer i.v. KM Gabe mindestens 3 Wochen abzuwarten.**

Bei Diabetikern (Diabetes mellitus Typ 2), die den Wirkstoff Metformin zu sich nehmen, ist es wichtig, diese Substanz für mindestens 10 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 _____
 Geb.-Datum _____
 Größe u. Gewicht _____
 Telefon _____

Termin _____

**Bitte 2h vor der Untersuchung vor der Untersuchung nüchtern bleiben.
 Aber: 1 h vor der Untersuchung 1 l Wasser trinken.**

Bringen Sie bitte 2 große Handtücher und eine Lesebrille mit.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Bemerkungen - wann – welche ?

Hatten sie in den letzten 3 Wochen eine Impfung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Sind Sie schon einmal im CT untersucht worden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Leiden Sie an einer Medikamentenallergie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Leiden Sie an einer Lebensmittelallergie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Leiden Sie an Heuschnupfen oder allergischem Asthma?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Sind andere Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Leiden Sie an Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Nehmen Sie ein metforminhaltiges Medikament ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Leiden Sie an einer Herz-, Kreislauf - oder Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Besteht bei Ihnen die Krankheit „ Plasmozytom“?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
Haben Sie eine Überfunktion der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
<u>Für Frauen im gebärfähigen Alter</u> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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. ä. 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
 Sofern es bei meiner Behandlung erforderlich ist, gebe ich mein Einverständnis, dass meine Daten allen Mitarbeitern in der Praxis zugänglich sind.
 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 vorliegenden ja nein
 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.
 Ich bin 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 _____