

Aufklärungsbogen zur Computertomographie

Bitte ausfüllen:

Bitte nicht beschriften	Name:
	Straße:
	PLZ, Ort:
	Tel.Nr.:
	Mobil:
	E-Mail:
	Gewicht:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer computertomographischen Untersuchung (CT abgekürzt) überwiesen. Hierbei handelt es sich um eine moderne Form einer Röntgenuntersuchung, die es ermöglicht, sogenannte Schnittbilder in besonders hoher Qualität zu erstellen. Alternative Bildgebungen sind z.B. die Sonographie, die Kernspintomographie oder nuklearmedizinische Untersuchungen. Falls diese für Sie sinnvoller sind, wird Ihr Radiologe Sie darüber informieren.

Für die CT-Untersuchung werden Sie auf einer fahrbaren Liege in eine etwa 70 cm große Öffnung des Gerätes positioniert. Es handelt sich nicht um eine lange Röhre, Beklemmungsgefühle werden so gut wie nie geäußert. Die Untersuchungszeit beträgt 5-15 Minuten. Während der Untersuchung bewegt sich der Untersuchungstisch vor und zurück. Eventuell müssen Sie mehrere Male die Luft für bis zu 30 Sek. anhalten. Bleiben Sie möglichst ruhig liegen, da Bewegungen die Bilder unbrauchbar machen können.

Bei bestimmten Fragestellungen ist die Gabe eines Kontrastmittels notwendig, das Ihnen über eine Armvene injiziert wird. Hierdurch wird die Unterscheidbarkeit verschiedener Gewebetypen verbessert und eine Beurteilung der Organdurchblutung ermöglicht. Selten kommt es bei Fehllage der Kanüle oder Verletzung der Vene zu einem Kontrastmittelaustritt in die Weichteile (Paravasat), dieser resorbiert sich meist von alleine.

Die Kontrastmittel enthalten Jod, sind nicht radioaktiv und werden im Allgemeinen sehr gut vertragen. Oft wird ein geringes Wärmegefühl bei der Injektion wahrgenommen. Unverträglichkeitsreaktionen und Allergien (Juckreiz, Hautausschlag) sind selten und klingen in aller Regel von alleine wieder ab. Schwere, lebensbedrohliche Unverträglichkeitsreaktionen, die eine weitere, manchmal intensivmedizinische Behandlung notwendig machen oder gar bleibende Schäden verursachen, sind extrem selten. **Bitte teilen Sie uns dennoch jede Art von Missempfinden während oder nach der Kontrastmittelgabe umgehend mit.** Wurde vor oder nach der Untersuchung eine antiallergische Medikation verabreicht, dürfen Sie für 8 Stunden nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen, da Ihr Reaktionsvermögen für diesen Zeitraum deutlich vermindert ist.

Sehr selten kann es bei vorbestehenden Nieren- oder Schilddrüsenerkrankungen zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion, bzw. einer Überfunktion der Schilddrüse (thyreotoxische Krise) kommen. Aus diesem Grund prüfen wir vorab routinemäßig Ihre Nieren- und Schilddrüsenwerte.

Bei Untersuchungen des Bauchraumes kann es darüber hinaus erforderlich sein, dass Sie 0,5-1 Liter Wasser trinken, selten kommen sogenannte orale Kontrastmittel zum Einsatz. Hierdurch kann es kurzfristig zu vermehrtem Stuhl drang und leichtem Durchfall kommen, sonstige Nebenwirkungen sind nicht bekannt.

Eine **Patienteninformation zur Datenverarbeitung** liegt im Wartezimmer aus. Sollten noch Fragen bestehen, werden wir diese gerne beantworten.

Zur korrekten Durchführung der Untersuchung füllen Sie bitte den Bogen aus:

Bitte geben Sie uns Ihr **Einverständnis**, dass

- alle Ärzte in der Praxis, auch vertretungsweise, Einsicht in Ihre Unterlagen nehmen dürfen Ja Nein
- wir weitere Vorbefunde behandelnder Ärzte und Kliniken anfordern dürfen Ja Nein

Dürfen wir dem **überweisenden Arzt** einen Bericht schicken (per Fax/E-Arztbrief oder Post)? Ja Nein

Sollen außer dem überweisenden Arzt **weitere Ärzte** über das Ergebnis informiert werden?
 Ja, (Name): Nein

Dürfen wir bei Anfrage Ihrer weiterbehandelnden **Ärzte oder Kliniken** Auskunft erteilen? Ja Nein

Wem dürfen wir noch Auskunft erteilen (z.B. Ehepartner, Eltern... Bitte namentlich benennen)?

- Wurde die jetzt zu untersuchende Region in den letzten 12 Monaten mittels Computertomographie, Kernspintomographie oder Röntgen untersucht? Ja Nein
 Wenn ja: Was? Wann? Wo?
- Hatten Sie schon einmal eine **Operation** in der jetzt zu untersuchenden Körperregion? Ja Nein
 Wenn ja: Wann? Wo? Welche?
- Ist eine **Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, HIV, MRSA, Tuberkulose) bekannt? Ja Nein
- Haben/hatten Sie eine **Krebserkrankung**? Ja, Nein
- Haben Sie eine **Schilddrüsenerkrankung**? Ja Nein
 Wenn ja: Welche Medikamente nehmen Sie?
- Nehmen Sie Medikamente wegen einer **Zuckerkrankheit**? Ja Nein
 Wenn ja: Welche ?
- Ist ein **Nierenleiden** bekannt? Ja Nein
- Sind **Allergien**, Asthma oder Unverträglichkeiten bestimmter Substanzen bekannt? Ja Nein
 Wenn ja: Welche?
- **Haben Sie eine Kontrastmittelallergie?** Ja Nein
 Wenn ja: Welche Nebenwirkungen sind aufgetreten?
- **Mit einer eventuell notwendigen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden** Ja Nein
- **Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?** Ja Nein
- **Stillen Sie derzeit?** Ja Nein

Einwilligung in die Untersuchung:

Über die geplante Untersuchung, die speziellen Risiken und Komplikationen wurde ich ausreichend informiert. Meine Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet. Nach ausreichender Bedenkzeit willige ich in die geplante Untersuchung ein.

Das Einverständnis gilt auf unbestimmte Zeit und kann jederzeit widerrufen werden; Befunde sind jedoch in der Regel binnen 24h versandt

Bad Säckingen,
 Datum / Uhrzeit

Unterschrift
 Patientin / Patient / gesetzliche Vertreter

Unterschrift.....
 Arzt / Ärztin

Hiermit lehne ich die Untersuchung ab

Wenn Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens wünschen (Nicht der Befundbericht!) geben Sie uns bitte Bescheid.

Interne Vermerke

TSH [mU/l] Krea [mg/dl] GFR [ml/min] Uhrzeit KM Ja Nein
 Anamnese Programm