



RADIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

FEHLHABER | HELLING | ROTTE

CT

Aufklärungsbogen zur Computertomographie (CT)

Nachname / Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie mit der Bitte an uns überwiesen, eine computertomographische Untersuchung durchzuführen. Es handelt sich dabei um eine Röntgenuntersuchung bestimmter Organsysteme Ihres Körpers.

Aus medizinischen Gründen kann es bei dieser Untersuchung erforderlich werden, ein Kontrastmittel zu verabreichen, um bestimmte krankhafte Veränderungen besser erkennen und deuten zu können. Das Kontrastmittel wird intravenös in eine Armvene gegeben.

Nach Kontrastmittelgabe ist es erforderlich, dass Sie nach der CT-Untersuchung ½ Liter Flüssigkeit (z.B. Wasser/Tee) bei uns im Haus trinken.

Dieses Merkblatt soll Sie über mögliche Komplikationen, die dabei trotz aller ärztlicher Sorgfalt einmal auftreten können, informieren.

Komplikationen bei der intravenösen Verabreichung von Kontrastmitteln in der Computertomografie sind selten. Meist handelt es sich um geringfügige Störungen des körperlichen Wohlbefindens. So kann es während und nach der Injektion zu Juckreiz, Übelkeit und Kopfschmerz sowie in sehr seltenen Fällen zu Herz- und Atembeschwerden kommen. Komplikationen, die zu schweren körperlichen Beeinträchtigungen führen, sind äußerst selten.

Zu Ihrer Information versichern wir, dass alle notwendigen Maßnahmen und Einrichtungen zur sofortigen Behandlung eventuell doch auftretender Kontrastmittelnebenwirkungen immer bereitstehen.

Bitte seien Sie durch diese Aufklärung über die bevorstehende besondere Röntgenuntersuchung nicht beunruhigt. Wir sind jedoch im Interesse der Wahrung Ihrer persönlichen Rechte verpflichtet, Sie auf die möglichen Gefahren einer Untersuchung hinzuweisen.

Zur Vermeidung von Kontrastmittelreaktionen beantworten Sie bitte folgende Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

	ja	nein
- besteht eine Allergie? (z. B. Jodallergie , Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster o. ä.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leiden Sie unter allergischem Asthma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, befinden Sie sich derzeit in Ihrer akut-allergischen Phase ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hatten Sie bei früheren Untersuchungen schon Kontrastmittelnebenwirkungen bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:		
Schilddrüsenüberfunktion, Knoten an der Schilddrüse oder eine Entzündung an der Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besteht eine Nierenfunktionsstörung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfolgt bei Ihnen eine Dialysebehandlung (Blutreinigungsverfahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Besteht eine ansteckende Infektionskrankheit ? (Hepatitis, HIV) Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Für Frauen im gebärfähigem Alter:		
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einwilligungserklärung:

Hiermit bestätige ich, dass ich alle mich interessierende Fragen stellen konnte. Ich bin über die möglichen Komplikationen der Untersuchung unterrichtet worden und willige hiermit in die Untersuchung ein.

Datum

Unterschrift des Patienten