

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Die Computertomographie (CT) liefert überlagerungsfreie Bilder aus jeder gewünschten Körperregion. Mit diesen CT-Bildern lassen sich Ort und Ausdehnung einer etwaigen Erkrankung im Allgemeinen genauer erfassen als mit herkömmlichen Röntgenbildern. Damit sind sie auch für die Planung von Operationen, Bestrahlungen und anderen Behandlungsmaßnahmen eine wesentliche Hilfe.

Im CT-Raum werden Sie/Ihr Kind auf einem speziellen Tisch gelagert, der in die runde Öffnung des Computertomographen hineingefahren und so platziert wird, dass Sie/Ihr Kind sich in der richtigen Position für die Untersuchung befinden. Eine Röntgenröhre mit Messsystem bewegt sich um den Körper. Aus den Messdaten errechnet der Computer in Sekundenschnelle Querschnittsbilder. Um die Aussagekraft der Bilder zu verbessern, erhält der Patient **häufig bis zu 2 Stunden vor der Untersuchung** eine Kontrastmittellösung zum Trinken. Bei bestimmten Fragestellungen ist es erforderlich, zusätzlich ein Kontrastmittel in eine Vene zu spritzen.

Die **Strahlenbelastung** durch die Computertomographie ist gering, aber höher als bei einer herkömmlichen Röntgenuntersuchung. Der Arzt ordnet eine Computertomographie nur dann an, wenn der höhere Informationswert die Strahlenbelastung rechtfertigt.

Das Einlaufen des Kontrastmittels in die Vene kann mit einem kurzzeitigem **Wärmegefühl** verbunden sein, das Sie nicht zu beunruhigen braucht. **Blutergüsse** und **Infektionen** an der Einstichstelle, **örtliche Gewebeschäden** (Nekrosen) und/oder Venenreizungen/-entzündungen sowie vorübergehende, sehr selten auch bleibende **Nervenschädigungen** (Schmerzen/Lähmungen), die einer Behandlung bedürfen und Thrombosen, sind sehr selten. Jodhaltige Kontrastmittel können bei entsprechender Veranlagung eine **Schilddrüsenüberfunktion** auslösen, die u. U. medikamentös behandelt werden muss.

Bei **Allergien** oder **Überempfindlichkeit** (z.B. auf Kontrastmittel, Medikamente, Betäubungs-, Schmerz-, Desinfektionsmittel, Latex) können vorübergehend Schwellungen, Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Schwindel oder Erbrechen und ähnliche leichtere Reaktionen auftreten. Schwerwiegende Komplikationen im Bereich lebenswichtiger Funktionen (Herz, Kreislauf, Atmung, Nieren) und bleibende Schäden (z. B. Organversagen, Lähmungen) sind sehr selten. Auch eventuelle vorbereitende und begleitende Maßnahmen sind nicht völlig frei von Risiken.

Bitte geben Sie unseren Mitarbeitern Bescheid, wenn Sie noch eine Frage an den Arzt haben.

Notizen: _____

Falls die Applikation von **Röntgenkontrastmitteln** in die Vene vorgesehen ist:

- Bitte informieren Sie uns unverzüglich, wenn sie **Diabetiker** sind und Tabletten mit dem Wirkstoff **Metformin** einnehmen, da es zu **Wechselwirkungen** mit dem Röntgenkontrastmittel (u.a. Gefahr des Nierenversagens) kommen kann. Der behandelnde Arzt wird dann entscheiden, ob und wann diese Tabletten abgesetzt bzw. durch andere Mittel ersetzt werden müssen.
- **2 Stunden** vor der Untersuchung möglichst **nichts mehr essen**, nur noch klare Flüssigkeiten (z. B. Tee, Mineralwasser) oder das zur Untersuchung notwendige Kontrastmittel trinken.
- Falls eine Untersuchung des Bauchraums vorgesehen ist: **Am Tag vor der Untersuchung keine blähenden Speisen** essen.

Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion kann durch das intravenöse Kontrastmittel eine Nierenschädigung hervorgerufen werden, welche im schlimmsten Fall mit einer Dialysetherapie behandelt werden müsste. Daher sind die Nierenfunktionswerte vor der Untersuchung (von ihrem zuweisenden Arzt) zu erheben, damit eine möglicherweise vorliegende Nierenfunktionsstörung bei Ihnen ausgeschlossen werden kann.

Liegen Sie bitte während der Untersuchung ruhig und entspannt. Über einen Lautsprecher erfahren Sie, wann Sie ggf. auf ein Kommando ein- oder ausatmen sollen.

Nach einer Untersuchung mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe trinken Sie bitte reichlich (z. B. Tee, Mineralwasser, Saft), damit das Kontrastmittel schneller ausgeschieden wird.

Bitte verständigen Sie sofort Ihre(n) Ärztin/Arzt, wenn Übelkeit, Durchfall, Unwohlsein, Schwindel, Niesreiz, Hautausschlag, Schmerzen oder andere Beschwerden während oder nach der Untersuchung auftreten. Bei erheblichen Beschwerden bitte den Notarzt rufen, falls Ihr(e) Ärztin/Arzt nicht erreichbar ist.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf Seite 2 sorgfältig, damit wir Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen. Bei Bedarf helfen wir gerne beim Ausfüllen.

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Wurden bei Ihnen bereits CT- oder Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel durchgeführt? Nein Ja

Bitte Art der Untersuchung und Jahr, in dem sie stattfand, eintragen oder Ihren **Röntgenpass** vorlegen.

Wenn JA, traten bei früheren **Kontrastmitteluntersuchungen** Nebenwirkungen auf? Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Allergie bekannt, z. B. Heuschnupfen, Asthma oder Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, gegenüber Medikamenten, Jod, örtlichen Betäubungsmitteln, Pflaster, Latex... ? Nein Ja

weitere: _____

(Falls Sie einen **Allergiepass** besitzen, bitte vorlegen)

Nieren-Erkrankungen: Dialyse, hohe Kreatinin-Werte, Nierensteine, Entzündungen, andere gutartige/bösartige Erkrankungen, die die **Nierenfunktion beeinträchtigen** Nein Ja

oder: _____

Liegt oder lag bei Ihnen eine **Schilddrüsenfunktionsstörung** (insbes. eine Überfunktion) vor? Nein Ja

Ist bei Ihnen **Diabetes** (Zuckererkrankung) bekannt? Nein Ja

Falls JA, welche Medikamente nehmen Sie ein: _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? Nein Ja

Falls Sie einen **Schrittmacherausweis** besitzen, bitte vorlegen.

Leiden Sie an einer ansteckenden Infektionskrankheit (Hep. B/C, HIV, Tbc)? Nein Ja

Bei **Frauen** im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **schwanger** sein? Nein Ja

Stillen Sie? Nein Ja

Tragen Sie bitte Ihr **Körpergewicht** _____ kg und **Körpergröße** _____ cm ein.

Laborwert: TSH: _____ / Krea: _____ / GFR: _____ (wird von der Praxis/Klinik ausgefüllt)

Bei stationärer Untersuchung vom **Stationsarzt der ITK** auszufüllen und unterschreiben:

Der Patient ist über die diagnostische Maßnahme informiert und grundsätzlich einverstanden. Es bestehen keine bekanntermaßen keine Kontraindikationen für die Untersuchung.

Datum _____ Arzt _____ Tel-Nr _____ Unterschr. _____

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die mündliche Aufklärung durch den Arzt und verstanden. Ich konnte alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Die Fragen zur Krankenvorgeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Die oben beschriebene Verhaltensweise werde ich beachten.

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige ein. Mit evtl. erforderlichen Neben- oder Folgeeingriffen bin ich einverstanden:

Mündlich aufgeklärt durch: _____ **am:** _____

1) Einverständniserklärung für die CT-Untersuchung nach mündlicher Aufklärung durch den FA Diagn.Rad.:

Ort, Datum **X** _____
Patient(in) bzw. Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

2) Hiermit bestätige ich, dass ich durch einen Arzt über die Gabe eines **CT-Kontrastmittels** mündlich aufgeklärt worden bin und erkläre mich mit der Gabe des CT-Kontrastmittels einverstanden.

Ort, Datum **X** _____
Patient(in) bzw. Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Sorgeberechtigte(r)

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt dieser/diese mit seiner/ihrer Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderem Elternteil handelt.