

Aufklärung & Selbstauskunft – Computertomographie (CT)

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Computertomographie notwendig. Hierbei handelt es sich um ein sogenanntes Schnittbildverfahren. Es wird mit Hilfe von **Röntgenstrahlen** eine Anzahl von „Scheiben“-Bildern Ihres Körpers angefertigt. Um verschiedene Organe und Gewebe besser unterscheiden zu können, ist in vielen Fällen die Injektion **jodhaltigen Kontrastmittels** in eine Vene notwendig. Die Untersuchung dauert **zwischen 10 und 15 Minuten**.

Um die schädliche Wirkung von Röntgenstrahlen zu minimieren, verwenden wir modernste Geräte und sind durch stetige Anpassung der Protokolle bemüht, die angewandte Strahlendosis kontinuierlich zu verringern. Wichtig ist, dass die Risiken durch die Anwendung von Röntgenstrahlen den Nutzen (Diagnosestellung, Wahl einer geeigneten Therapie) überwiegen. Sollten Sie Bedenken hinsichtlich der Röntgenstrahlung oder der Anwendung von Kontrastmittel haben, so wenden Sie sich jederzeit gerne an Ihre Radiologen.

Bei Frauen im gebärfähigen Alter muss vor der Untersuchung eine Schwangerschaft sicher ausgeschlossen sein, damit es nicht zu einer **Schädigung des ungeborenen Kindes** durch die Röntgenstrahlung kommen kann. Sollten Sie unsicher sein, ob eine Schwangerschaft bestehen könnte, teilen Sie dies bitte umgehend unseren Mitarbeiter/-innen mit!

Bei der Punktion venöser Gefäße kann es trotz großer Sorgfalt zu Fehlpunktionen kommen. Es können hierbei Blutergüsse (Hämatome) entstehen. Auch kann Kontrastmittel in das Gewebe laufen. Dies kann zu Schmerzen, zu einem Druckgefühl und zu einer Schwellung mit einer Entzündung führen. In seltenen Fällen (unter 1% der Fälle) kann in der Region Gewebe absterben. Unter Umständen ist dann eine chirurgische Behandlung notwendig. Bitte teilen Sie unseren Mitarbeitern/-innen umgehend mit, wenn Sie das Gefühl haben, dass bei der Injektion etwas nicht stimmt, wenn Sie Schmerzen verspüren oder wenn es Ihnen nicht gut geht. Die Injektion kann jederzeit unterbrochen werden. Bei Beschwerden gilt daher: je früher Sie sich melden – desto besser.

Unerwünschte Wirkungen:

Leichte bis mittelschwere Symptome, die in der Regel keine weiteren Maßnahmen erfordern:

häufig (1 - 10%; mehr als 1 von 100, weniger als 1 von 1.000):

Hitzegefühl, metallischer Geschmack

gelegentlich (0,1 – 1%; mehr als 1 von 1.000, weniger als 1 von 100):

Schwindel, **Übelkeit**, Erbrechen, Schwitzen, Hautrötungen, Juckreiz, kurzfristige Nierenfunktionseinschränkung (besonders bei vorbestehender Nierenschädigung)

Symptome, die weitere Behandlungsmaßnahmen erfordern:

selten (0,01 – 0,1%; mehr als 1 von 10.000, weniger als 1 von 1.000):

mäßiger Blutdruckabfall, Herzrasen

sehr selten (0,001 – 0,01%; weniger als 1 von 10.000):

schwere allergische Reaktion mit Atemnot, Kreislaufkollaps und notwendiger Intensivbehandlung

Sollten doch einmal nach der Untersuchung Übelkeit, Unwohlsein, Hautausschlag, Schmerzen oder andere Beschwerden auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihren Hausarzt.

Um die richtige Diagnose stellen zu können und mögliche Schäden / unerwünschte Wirkungen vermeiden zu können, ist Ihr Radiologe auf Ihre Mithilfe angewiesen: Bitte beantworten Sie folgende Fragen so genau wie möglich.

- Bei Frauen: Könnten Sie zur Zeit **schwanger sein oder stillen Sie** zurzeit? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Computertomographie** durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja: Wann, wo, welche Körperregion? _____
- Bestehen bei Ihnen eine **Allergie (Unverträglichkeit)** gegen jodhaltige Medikamente oder (Röntgen- / CT-) Kontrastmittel? Ja Nein
- Sind Unverträglichkeitsreaktionen gegen Pflaster, Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt? Ja Nein
- Haben Sie einen Allergiepass? Ja Nein
- Haben Sie schon einmal ein Röntgen- / CT- Kontrastmittel bekommen? Ja Nein
Haben Sie dieses gut vertragen? Ja Nein
- Besteht oder bestand bei Ihnen eine Schilddrüsen**über-** oder -unterfunktion (Morbus Basedow, Adenom, Schilddrüsenentzündung)? Ja Nein
Welche Schilddrüsenmedikamente nehmen Sie ? _____
- Ist eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Ja Nein
- Leiden Sie unter der Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? Ja Nein
Wenn ja, welche Medikamente (Tabletten) bekommen Sie? _____
- Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein
Falls Sie noch keinen Röntgenpass besitzen, stellen wir Ihnen gerne einen aus.
- Besteht ein erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)? Ja Nein
- Haben Sie eine ansteckende Erkrankung (Hepatitis, HIV, MRSA)? Ja Nein
- Ist ein Plasmozytom bekannt (bösartige Erkrankung des Knochenmarks)? Ja Nein

Größe : _____ Gewicht : _____

Kontrastmittel werden im allgemeinen gut vertragen. Ein vorübergehendes Wärmegefühl während der Injektion ist normal. Durch die Beantwortung der oben genannten Fragen werden die meisten Risiken meist vorher für den Arzt erkennbar und Komplikationen damit vermeidbar.

Einwilligungserklärung:

Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich ausreichend aufgeklärt. Ich willige hiermit in die geplante Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden. Ich kann mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten/des oder der Erziehungsberechtigten