

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin, zu einer Computertomographie (CT) - Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Dieser Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

Was ist eine Computertomographie?

Die Computertomographie (CT) ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder des Körpers angefertigt werden. Dadurch können wichtige Informationen über die Lage von Krankheitsherden gewonnen werden. Dies ist für die weitere Behandlung oft von entscheidender Bedeutung.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert ca. 10 bis 20 Minuten. Im CT-Raum werden Sie auf einer speziellen Liege gelagert, die sich während der Untersuchung langsam durch die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Besonders wichtig ist, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegenbleiben, Bewegungen vermeiden und die Atemkommandos genau befolgen. Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht von Fachpersonal.

Wozu Kontrastmittel?

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Ihnen eine Kontrastmittelspritze oder Infusion in den Arm verabreicht wird. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe und anatomischer Körperstrukturen erforderlich sein und helfen, krankhafte Veränderungen zu erkennen. Durch das Kontrastmittel kann bei manchen Untersuchungen die Aussagekraft verbessert werden.

Gibt es Komplikationen?

An der Einstichstelle kann es - wie bei jeder Injektion - zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf **Kontrastmittel** kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Nach Verabreichung des **Kontrastmittels** können auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, den Arzt.

Wissenschaftliche Untersuchungen¹ zeigen, dass ca. 97% der Patienten Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04% angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Das Risiko der Untersuchung ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr gering. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die umseitig angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

Bei Unklarheiten in der Beantwortung umseitig angeführter Fragen klären Sie diese bitte im Gespräch mit der/dem MTD bzw. der/dem Arzt/in.

¹ KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621 – 628)

1. Größe: Gewicht:
2. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Nein Ja
 Stillen Sie gerade? Nein Ja
3. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?
 - Nierenröntgen (iv Urographie) Nein Ja
 - Computertomographie (CT) Nein Ja
 - Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) Nein Ja
 - Gefäßröntgen (Angiographie/Cardangiographie) Nein Ja
4. Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf? Nein Ja
 Wenn ja, welche?
 - Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl Nein Ja
 - Asthmaanfall/Atemnot Nein Ja
 - Hautausschlag Nein Ja
 - Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit Nein Ja
 - Schüttelfrost Nein Ja
5. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?
 - Asthma ? Nein Ja
 - Allergien, die einer Behandlung bedürfen? Nein Ja
 - des Herzens Nein Ja
 - der Niere / Nebenniere? Nein Ja
 - der Schilddrüse? Nein Ja
 - Zuckerkrankheit? Nein Ja
 - Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?
 - M. Kahler (multiples Myelom)? Nein Ja
6. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Nein Ja Fabrikat:.....
 (nur relevant bei Thorax-CT-Untersuchung)

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.



 Unterschrift der/des Patientin/en
 und/oder des gesetzlichen Vertreters

 Name und Unterschrift des/der Arztes/in

 Datum / Uhrzeit

 Name und Unterschrift der/des MTD

☞ Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der/dem Assistentin/en zu übergeben.

| | |
|---|----------------------------|
| Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch: | Name des/der Patienten/in: |
| Der Patient stimmt der Untersuchung zu Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert. | |