



Patienteninformation: Computertomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

Ihr Name: _____

Ihr behandelnder Arzt hat für Sie eine **Computertomographie (CT)** empfohlen. Die Untersuchung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass Ihre Erkrankung detaillierter diagnostiziert wird oder eine vermutete Erkrankung ausgeschlossen werden kann.

Bitte beachten Sie, dass wir als Radiologen keine Therapieempfehlungen geben können. Ihr behandelnder Arzt (Überweiser) wird sie über geeignete Therapien informieren.

■ **Was ist eine Computertomographie (CT)?**

Die CT ist ein **bildgebendes Röntgenverfahren**.

Sie liegen auf dem Untersuchungstisch des Geräts und werden für wenige Sekunden durch einen kurzen, offenen Ring gefahren. Die Untersuchung ist auch bei **Platzangst** (sog. Klaustrophobie) problemlos möglich. Liegen Sie **ruhig und entspannt**. Je nach Untersuchung werden Sie einmalig oder mehrmalig gebeten tief einzusatmen und die Luft anzuhalten. Die Untersuchung dauert nur **wenige Minuten**.

■ **Sind Komplikationen während der CT möglich?**

Nur in **Ausnahmefällen**.

Die Strahlenbelastung unseres modernen CT-Geräts ist gering, sie ist höher als bei einer normalen („konventionellen“) Röntgenuntersuchung, liefert aber deutlich genauere Informationen.

Wir sind Ärzte mit Strahlenschutzfachkunde und Sie können sich sicher sein, dass wir die Notwendigkeit Ihrer Untersuchung sorgfältig prüfen. Wenn Sie weitere Informationen zur Strahlenbelastung wünschen, sprechen Sie uns bitte vor der Untersuchung an.

■ **Gibt es alternative Untersuchungsmethoden?**

Normales („konventionelles“) Röntgen, Magnetresonanztomographie, Ultraschall oder nuklearmedizinische Untersuchungen. Wir und Ihr überweisender Arzt haben die für Ihre (vermutete) Erkrankung am besten geeignete Untersuchung ausgewählt.

■ **Welche Komplikationen sind durch das Kontrastmittel möglich?**

Die Nebenwirkungsrate der modernen Kontrastmittel ist sehr gering. Durch die intravenöse Injektion kann es sehr selten zu **Blutergüssen, Entzündungen oder Infektionen** kommen. Sollte es zu einem **Paravasat** kommen, d.h. das Kontrastmittel fließt nicht in das Blutgefäß (Vene), sondern in das umliegende Gewebe, sind in aller Regel keine schwerwiegenden Komplikationen zu erwarten.

Durch Kontrastmittel (und ggf. zusätzliche Medikamente) können **Unverträglichkeitsreaktionen** und **allergische Reaktionen** auftreten. Diese sind insgesamt **sehr selten** und es handelt sich in den meisten Fällen um milde Reaktionen (z.B. Hautausschlag, Übelkeit). Bei bekannter **Jodallergie** darf kein Kontrastmittel gespritzt werden. Bei Untersuchungen des Bauchraumes kann es zusätzlich nötig sein **Kontrastmittel zu trinken**, es enthält Barium und kein Jod.

Eine bereits bestehende **Nierenfunktionseinschränkung** (sog. **Niereninsuffizienz**) kann sich nach Kontrastmittelgabe verschlechtern bis hin zum Nierenversagen. Sollte bei Ihnen eine Niereninsuffizienz vorliegen oder Hinweise hierauf bestehen, wird kein Kontrastmittel verwendet.

Durch jodhaltige Kontrastmittel kann bei bestimmter Veranlagung eine **Schilddrüsenüberfunktion** entstehen. Symptome sind z.B. Herzrasen, Nervosität und vermehrtes Schwitzen. Bitte kontaktieren Sie bei diesen Symptomen sofort einen Arzt.

Bitte trinken Sie in den ersten 24 Stunden nach der Untersuchung sehr viel (Wasser, Tee).

■ **Zusätzliche Informationen für Frauen**

Informieren Sie uns unbedingt, wenn Sie schwanger sind oder sein könnten. Bei **Schwangerschaft darf keine CT durchgeführt werden**.

Das **Abstillen** nach einer Kontrastmittelgabe ist nicht notwendig.

■ **Ablehnung der Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe**

Durch eine **Ablehnung** der CT-Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe können Ihnen **gesundheitliche Nachteile** entstehen. Therapien/Operationen können vielleicht nicht oder erst verspätet durchgeführt werden.

■ **Datenschutz und Schweigepflicht**

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt/Ihrer überweisenden Ärztin über die Untersuchungsergebnisse zu berichten. Alle externen Dienstleister, die mit Patientendaten in Kontakt kommen, unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.

Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden:



Datum

Ihre Unterschrift

Der Patient/die Patientin wurde mündlich aufgeklärt, hat keine weiteren Fragen und ist mit der Kontrastmittelgabe einverstanden.

Unterschrift des **Arztes**: _____



Computertomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

Haben Sie Beschwerden ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche und wo?
Ihre Körpergröße ? cm Ihr Körpergewicht ? kg	
Frühere Röntgen- / CT-Untersuchungen ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen (z.B. Knochenszintigraphie, Schilddrüsenszintigraphie Nierenszintigraphie)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Frühere Krebs- oder Tumorbestrahlungen ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Ist oder war bei Ihnen eine Infektionskrankheit z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und wann?
Sind Allergien gegen Kontrastmittel, Jod oder andere Stoffe bekannt? Z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Pflaster?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus) ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie aktuell Schmerztabletten wie Voltaren® , Diclo, Diclofenac, Ibu , Ibuprofen ein?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Wurden Sie bereits an der zu untersuchenden Körperregion operiert ?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was?
Sind bei Ihnen Nierenerkrankungen oder eine Niereninsuffizienz bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Wurde bei Ihnen eine Nierentransplantation durchgeführt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion oder eine sonstige Schilddrüsenerkrankung bekannt (z.B., Hashimoto, Basedow)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
Nehmen Sie aktuell Schilddrüsenmedikamente (z.B. L- Thyrox , L-Thyroxin, Euthyrox®)?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Name und Ort des Hausarztes (falls nicht Überweiser):	
Zusatzfrage für Frauen: Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein? Bei Schwangerschaft darf kein CT durchgeführt werden.	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>

■ Einverständniserklärung

Ich bin mit der Durchführung der **CT-Untersuchung** einverstanden:



Ja:

Nein:

Ich bin ggf. mit der Gabe eines **Kontrastmittels** einverstanden:



Ja:

Nein:

Ich bin mit der Übersendung von Befundberichten an den überweisenden Arzt **und** an den Hausarzt einverstanden:



Ja:

Nein:

Sie können diese Willenserklärung mittels schriftlicher Mitteilung jederzeit widerrufen.



Datum



Ihre Unterschrift

Rechtfertigende Indikation gestellt.

Unterschrift des **Arztes**: _____