



RADIOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
SCHLESWIG

Aufklärungsbogen Computertomographie-Untersuchungen

Patientenname: Geburtsdatum:

Untersuchung:

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

Bei Ihnen bzw. bei Ihrem Kind ist die Durchführung einer sogenannten **Computertomographie (CT)** von Ihren behandelnden Ärzten vorgeschlagen worden. Zweck dieser Untersuchung ist ggf. der Ausschluss, die Feststellung bzw. die Verlaufsbeurteilung verschiedener Erkrankungen.

Die **Computertomographie** erzeugt computergestützt mittels Röntgenstrahlen Schichtbilder des Körpers bzw. der untersuchten Körperregionen. Zielsetzung ist dabei eine möglichst überlagerungsfreie Darstellung eventuell vorhandener Krankheitsareale bei Entzündungen, Tumoren oder Durchblutungsstörungen etc. In Abhängigkeit von der Körperregion bzw. der Fragestellung existieren unterschiedliche Untersuchungsmöglichkeiten. Für die Untersuchung werden Sie auf einen beweglichen Untersuchungstisch gelegt, an dessen Ende sich eine breite ringförmige Öffnung befindet. Während der Untersuchung werden Sie durch diesen Ring bewegt. In Abhängigkeit von der Untersuchungsregion müssen Sie dabei die vom Personal genannten Atemanweisungen bitte genau befolgen und ruhig bleiben. Die einzelnen Untersuchungsabschnitte dauern in der Regel bis ca. 30 Sekunden und sind selbst schmerzfrei.

Während der gesamten Untersuchung werden Sie von dem Personal überwacht.

Je nach Fragestellung wird Ihnen ggf. z.B. zur besseren Darmdarstellung ein bis zwei Stunden vor der Untersuchung ein wasserlösliches Kontrastmittel zum Trinken gereicht. Zumindest zwei Stunden vor der Untersuchung sollten Sie ansonsten bitte nichts mehr essen oder trinken. Zusätzlich wird in Abhängigkeit von der Untersuchungsregion bzw. der Fragestellung ein sogenanntes **Kontrastmittel** in die Vene injiziert. Sie erhalten hierfür eine kleine Venenverweilkanüle, vorzugsweise im Bereich der Ellenbeuge bzw. am Unterarm, ähnlich einer normalen Blutentnahme. Die Gabe des Kontrastmittels verbessert in bestimmten Fällen die diagnostische Aussage der angefertigten Bilder erheblich. Das Kontrastmittel ist jodhaltig. In seltenen Fällen können leichte **Unverträglichkeitsreaktionen** wie Hustenreiz, Niesen, Hautjucken, Quaddelbildung etc. auftreten. Bitte informieren Sie das Personal über bereits

stattgehabte Kontrastmittelgaben oder gar ggf. bekannte **Kontrastmittelunverträglichkeiten** bzw. **Allergie gegen jodhaltige Substanzen** bzw. Vorliegen einer Neigung zu allergischen Reaktionen

Ausgeprägte **Unverträglichkeitsreaktionen** mit Kreislaufversagen oder allergischen Schockreaktionen sowie bleibenden Organschäden sind sehr selten. Übelkeit und ggf. Erbrechen kann nach Kontrastmittelgabe gelegentlich vorkommen. Sehr selten kommt es durch die Kontrastmittelinjektion zu **Entzündungen** oder bei Einreißen der Vene zu **bleibenden Schäden an Weichteil- und Nervengewebe bzw. der Haut**. Selten kann sich eine vorbestehende **Schilddrüsenüberfunktion** oder eine **eingeschränkte Nierentätigkeit** durch die Kontrastmittelinjektion **verschlechtern**. Das zum Trinken gereichte wasserlösliche Kontrastmittel kann zu Übelkeit und Durchfällen führen.

Sollten Sie während oder nach der Untersuchung o.g. Veränderungen an sich bemerken, informieren Sie bitte das Assistenzpersonal unverzüglich.

Die Verabreichung von Röntgenstrahlung ist auch bei modernen Computertomographen technisch bedingt und unvermeidbar. Ein erhöhtes Risiko von Organschäden oder die Entstehung von Krebserkrankungen sind nicht auszuschließen. **Nutzen** und **Risiken** der gewählten Untersuchungsmethode müssen wie immer gegeneinander abgewogen werden. **Bei schwangeren Patientinnen besteht zusätzlich ein erhöhtes Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes.**

Röntgen-Kontrastmittel sind **jodhaltig** und dürfen daher bei **Schilddrüsenüberfunktionen** nicht gegeben werden.

Bitte beantworten Sie hierfür folgende Fragen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Waren bei Ihnen nach früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel bereits o.g. oder ähnliche Beschwerden aufgetreten? Ja () Nein ()
2. Ist bei Ihnen bereits eine **Kontrastmittelunverträglichkeitsreaktion** bekannt? Ja () Nein ()
3. Sind **andersartige Unverträglichkeitsreaktionen** gegen bestimmte Nahrungsmittel, Medikamente oder Pflaster etc. bekannt? Ja () Nein ()
Welche Unverträglichkeiten?.....
.....
4. Neigen Sie zu **Asthma oder Heuschnupfen**? Ja () Nein ()
5. Ist eine **Schwangerschaft** ausgeschlossen? Ja () Nein ()
Stillen Sie? Ja () Nein ()
6. Ist bei Ihnen eine **Schilddrüsenüberfunktion** bekannt oder bereits behandelt worden? Ja () Nein ()

7. Leiden Sie an **Stoffwechselerkrankungen** wie z.B. **Zuckerkrankheit** oder andersartigen Erkrankungen an **Herz-/Kreislauforganen**, **Nierenleiden, bösartige Erkrankungen** o.ä.? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche Erkrankungen?

.....
.....

8. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein ? Ja () Nein ()
Welche?.....

.....

9. Ist Ihre **Nierenfunktion** beeinträchtigt? Ja () Nein ()
Benötigen Sie regelmäßig **Dialyse**? Ja () Nein ()

Ihr **Körpergewicht**:.....kg

Ihre **Körpergröße**:.....cm

Neben der **Computertomographie** existieren noch weitere bildgebende Verfahren **ohne Anwendung von Röntgenstrahlen** wie **Sonographie (Ultraschalluntersuchung)** oder **Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie/MRT)**, die ggf. alternativ oder ergänzend zur Anwendung kommen. Weitere Bildgebung ist über **endoskopische Untersuchung** (z.B. Darmspiegelung) möglich. Je nach Fragestellung haben alle bildgebenden Verfahren Vor- und Nachteile in der Anwendbarkeit und der diagnostischen Genauigkeit etc. Für Ihren Fall hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen eine **Computertomographie** vorgeschlagen. Weitere Fragen Ihrerseits hierzu werden gern mit Ihnen besprochen.

Vermerke:

.....
.....
.....

Ich habe das Informationsblatt verstanden, fühle mich ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen. **In die oben genannte Untersuchung willige ich hiermit inklusive eventueller Kontrastmittelgabe ein.**

Eine Kopie dieser Aufklärung wird Ihnen ausgehändigt.

.....
Datum,Ort

.....
Unterschrift Patient bzw. Sorge-
berechtigter/gesetzlicher Vertreter