



Aufklärungsbogen: Computertomographie (CT)

Patient:

Kreatinin:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden von Ihrem behandelnden Arzt zu einer CT-Untersuchung an unsere Praxis überwiesen. Mithilfe von gebündelten Röntgenstrahlen ermöglicht die CT detaillierte Aufnahmen, um krankhafte Veränderungen erkennen zu können. Die CT ist eine der modernsten Untersuchungsverfahren in der Radiologie. Durch spezielle technische Verfahren wird die erforderliche Strahlendosis so niedrig wie möglich gehalten.

Untersuchungsablauf

Sie werden für die Untersuchung auf einer fahrbaren Liege in der Öffnung des Gerätes positioniert. Während der Untersuchung bewegt sich die Untersuchungsliege mit Ihnen langsam vor oder zurück. Die Untersuchung selbst dauert meist nur 5 Minuten, dabei müssen Sie ruhig liegen bleiben. Eventuell werden wir Sie auffordern, für kurze Zeit den Atem anzuhalten.

Röntgenkontrastmittel

In einigen Fällen ist die Verwendung von Kontrastmitteln für eine sinnvolle Auswertung notwendig. Diese haben eine sehr gute Verträglichkeit, nur selten kommt es zu Überempfindlichkeitsreaktionen. Falls jodhaltiges Kontrastmittel in die Vene gespritzt wird, sind ein metallischer Geschmack auf der Zunge und ein Wärmegefühl im Körper zu erwarten. Selten kann es zu stärkeren Beschwerden kommen (Hautjucken, Husten, Erbrechen, Blutdruckabfall), die mit entsprechenden Gegenmitteln sofort behandelt werden. Schwere, lebensbedrohliche Reaktionen (Verschlechterung der Nierenfunktion, Schock) sind extrem selten. **Bitte informieren Sie uns bereits vor der Untersuchung, wenn bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie vorliegt.**

Vorbereitung

Bitte bringen Sie zur Untersuchung Ihre ärztlichen Unterlagen (z.B. Voruntersuchungen) sowie den Laborwert „Kreatinin“ mit. Bitte setzen Sie in Absprache mit ihrem behandelnden Arzt Metformin-haltige Medikamente zur Behandlung von Diabetes 48 Stunden vor der Untersuchung ab, falls eine Kontrastmittelgabe geplant ist.

Wir bitten Sie um die Beantwortung einiger wichtiger Fragen vor der Untersuchung:

- Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
- Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt? Nein Ja
- Leiden Sie an...
 - einer Erkrankung der Nieren? Nein Ja
 - einer Erkrankung der Schilddrüse? Nein Ja
 - Allergien? Wenn ja, welche? Nein Ja
 - _____
 - ansteckenden Krankheiten (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)? Nein Ja
 - Diabetes? Nein Ja
 - Wenn ja, haben Sie innerhalb der letzten 2 Tage ein Metformin-haltiges Medikament eingenommen? Nein Ja
- Was ist der Grund der heutigen Untersuchung bei Ihnen?

- Welche Operationen sind bei Ihnen durchgeführt worden? Wann?

- Für Patientinnen: Eine Schwangerschaft ist sicher ausgeschlossen. Ja Nein
- Ihre Daten werden in unserer Praxis nach der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Bestimmungen vertraulich behandelt. **Eine Befundbenachrichtigung erfolgt automatisch an Ihren überweisenden Arzt am heutigen Tage.**
 - Zusätzlicher Befundbericht an: _____

- Ich bestätige, dass ich die Erläuterungen sorgfältig gelesen und zur Kenntnis genommen habe und willige in die Untersuchung ein.
- Ich habe keine weiteren Fragen.

Einer eventuellen Gabe von Kontrastmittel stimme ich zu / lehne ich ab.

- Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch vor der Untersuchung.
- Vermerke: _____