

## Computertomographie – CT

Name: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

in Absprache mit Ihrem behandelnden Arzt ist zur weiteren Klärung Ihrer Erkrankung eine Computertomographie erforderlich. Dabei wird der zu untersuchende Körperbereich innerhalb weniger Minuten durch einen feinen Röntgenstrahl abgetastet und durch einen Computer in 3D-Schichtaufnahmen umgerechnet. Für spezielle Fragestellungen im Magen- und Darmbereich ist das Trinken von Kontrastmittel erforderlich. Eine zusätzliche Injektion von Kontrastmittel in eine Vene am Arm macht in vielen Fällen eine sichere Diagnose erst möglich. Das einzuspritzende Kontrastmittel – eine jodhaltige Lösung – wird im Allgemeinen sehr gut vertragen. Gelegentlich kann es zu vorübergehender Übelkeit, Wärmegefühl oder Geschmacksstörungen kommen. In einigen Fällen treten allergische Nebenwirkungen wie z.B. Hautrötungen, Jucken, Hautausschlag und Luftnot auf, die sich allerdings in der Regel ggf. nach Medikamentengabe wieder zurückbilden. Schwerwiegende allergische Reaktionen sowie Funktionsstörungen der Nieren und Schilddrüse, die eine stationäre Behandlung erfordern und zu bleibenden Schäden führen können, sind selten.

### Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

	JA	NEIN
Sind bei Ihnen allergische Reaktionen auf Kontrastmittel oder Medikamente bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht eine Überfunktion der Schilddrüse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie zuckerkrank und nehmen Sie deswegen Tabletten ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? (z.B. Glucophage, Metformin, Thiabet, Biocos, Diabesin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Sie bereits mittels Computertomographie (CT) untersucht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ein Röntgennachweisheft (Röntgenpass)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Größe: _____      Gewicht: _____		

### Erklärung des Patienten:

	JA	NEIN
Ich wurde ausreichend über diese Untersuchung informiert und willige dazu ein. Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung zu der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit der Übermittlung von notwendigem Bildmaterial und Befunden an die weiterbehandelnde Klinik/Praxis (auch für Kontrollen oder im Falle einer Operation) einverstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme zur Kenntnis, dass mir auf Wunsch eine Kopie dieses Aufklärungsbogens ausgehändigt werden kann.		

Lippstadt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/Vertreters

Unterschrift Arzt