

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburts-Datum \_\_\_\_\_

## Merkblatt / Aufklärung Computertomographie (CT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden uns zu einer Computertomographie (CT) des / der ..... überwiesen.  
*Organ / Körperteil*

Die CT ist eine spezielle Röntgenmethode, mit der durch eine schichtförmige überlagerungsfreie Darstellung der Organe krankhafte Veränderungen im Körper sichtbar gemacht werden sollen. Die Untersuchung erfolgt liegend und ist nicht schmerzhaft. Sie werden auf einer Liege durch die Öffnung des CT gefahren.

Die Untersuchung im Gerät dauert nur einige Minuten. Während dieser Zeit müssen Sie still und unbeweglich liegen. Die Bildbearbeitung und Bildauswertung erfolgt im Anschluss und benötigt einige Zeit. Die Bilder und der Befundbericht liegen für Sie in der Regel am nächsten Tag zur Abholung bereit und Sie können die Unterlagen zu Ihrem weiterbehandelnden Arzt dann mitnehmen.

Für die Untersuchung des Bauches wird Ihnen in der Regel ca. 30-60 Minuten vor der Untersuchung ein Kontrastmittel zum Trinken gegeben, welches die Darmschlingen besser abgrenzen lässt.

Im Rahmen der Diagnostik könnte es notwendig sein, Ihnen über ein Blutgefäß (Vene) Kontrastmittel zu spritzen. Hierdurch werden Gefäße und Gewebe besser beurteilbar.

Als leichte Reaktion auf das Kontrastmittel kann es zu einem kurzzeitigen Wärmegefühl, Übelkeit und Geschmacksmissempfindungen kommen.

Als schwerere Komplikation könnte es zu einer Unverträglichkeitsreaktion (Allergie) kommen, wie sie auch bei der Einnahme jedes anderen Medikamentes vorkommen kann (z. B. Kreislaufreaktionen verschiedener Schweregrade). Diese Komplikationen sind extrem selten und werden von uns in den letzten Jahren dank verbesserter Kontrastmittel kaum noch beobachtet.

Falls nicht anders vom Arzt angeordnet, trinken Sie nach einer Kontrastmittel-Untersuchung reichlich, damit das Kontrastmittel schneller ausgeschieden werden kann.

### **Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:**

	<b>Zutreffendes bitte ankreuzen!</b>	
Sind bei Ihnen schon einmal allergische Reaktionen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie bereits früher mit Kontrastmittel untersucht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Nieren- oder Leberfunktionsstörung bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen ein Plasmozytom bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine HIV- oder Hepatitis-Infektion bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### **Einverständniserklärung des Patienten:**

Ich fühle mich ausreichend informiert und über alternative Untersuchungsmethoden aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein. Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten (bzw. des / der Sorgeberechtigten) \_\_\_\_\_

Untersuchende(r) Arzt / Ärztin:

Rechtfertigende Indikation erteilt:  Ja  Nein

Ärztliche Vermerke:

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes /der Ärztin \_\_\_\_\_