



COMPUTERTOMOGRAPHIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll eine Computertomographie (CT) durchgeführt werden. Dies ist eine moderne diagnostische Methode, bei der Sie auf einer Liege schrittweise durch eine relativ weite ringförmig aufgebaute Öffnung gefahren werden. Mit Hilfe eines um Sie rotierenden Röntgenstrahls werden dabei Schnittbilder angefertigt.

Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 10-20 Minuten.

Während der Untersuchung sollten Sie möglichst ruhig liegen und Bewegungen vermeiden. Atmen Sie ruhig und gleichmäßig bzw. befolgen Sie die Anweisungen zur Atmung genauestens.

Oft wird während der Untersuchung Kontrastmittel gespritzt. In seltenen Fällen kann es nach Kontrastmittelgabe zu einer allergischen Reaktion kommen, die in den meisten Fällen nur sehr milde ausgeprägt ist (z.B. Hautausschlag und Hautjucken). In Ausnahmefällen kann ein akuter Kreislaufschock auftreten, der intensivmedizinische Maßnahmen erfordert. Bitte geben Sie uns vor der Untersuchung an, ob es bei früheren Untersuchungen im Rahmen einer Kontrastmittelgabe zu Unverträglichkeitsreaktionen gekommen ist.

Sehr selten kann es nach Kontrastmittelgabe bei schon im Vorhinein bestehenden Nieren- oder Schilddrüsenerkrankungen zu einer Verschlechterung der Nierentätigkeit bzw. zu einer Überfunktion der Schilddrüse kommen. Bitte teilen Sie uns etwaige Nieren- oder Schilddrüsenerkrankung vor Untersuchungsbeginn mit.

Bei Untersuchungen des Bauchraumes bekommen Sie vor der Untersuchung Kontrastmittel zu trinken. Bitte trinken Sie in langsamen regelmäßigen Schlucken, damit der Darm von oben bis unten gleichmäßig gefüllt ist. Nehmen Sie sich dafür ca. 1 Stunde Zeit.

Im Falle einer **Schwangerschaft** besteht das **Risiko einer Schädigung** des ungeborenen Kindes durch die Röntgenstrahlung. Teilen Sie uns daher unbedingt mit, falls Sie schwanger sind oder auch nur den Verdacht haben.

Bitte händigen Sie und mitgebrachte Voraufnahmen anderer Radiologien sowie Arztberichte von Voruntersuchungen des zu untersuchenden Körperabschnittes schon vor Beginn der Untersuchung aus.

BITTE DIE RÜCKSEITE BEACHTEN!

KREA: _____ TSH: _____

Wird von der Praxis ausgefüllt

Name: _____

Wurde bei Ihnen bereits früher eine Computertomographie durchgeführt? JA NEIN

Hatten Sie in einer anderen Radiologie bereits ein CT der heutigen Untersuchungsregion? JA NEIN
Für einen Vergleich benötigen wir die Voraufnahmen. Wo waren Sie?

Bitte händigen Sie uns Voraufnahmen sowie Arztberichte von Voruntersuchungen des zu untersuchenden Körperabschnittes schon **vor Beginn** der Untersuchung aus.

Wurden Sie schon an dem zu untersuchenden Bereich operiert? JA NEIN
wenn ja, an welchem Körperteil? Wann? _____

Besteht eine Medikamentenallergie? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____

Frühere allergische Reaktionen auf Röntgenkontrastmittel? JA NEIN

Sind Sie Diabetiker? Nehmen Sie Tabletten und wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Haben Sie eine ansteckende Infektionskrankheit(z.B. Hepatitis, HIV, TBC)? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie sich verletzt, wenn ja was ist passiert und wann?

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Frauen im gebärfähigen Alter:

Sind Sie schwanger? JA NEIN

Stillen Sie? JA NEIN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG Kontrastmittel:

Falls erforderlich, willige ich in die Gabe von **intravenösem Kontrastmittel** ein. JA NEIN

Einwilligungserklärung (Datenschutz): Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Befundbericht an meinen überweisenden Arzt übermittelt wird. Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass Daten, die zu einer genauen Befunderhebung beitragen wie z.B. externe Befundberichte oder Vergleichsaufnahmen, entsprechend übermittelt bzw. weitergeleitet werden dürfen.

Die Einverständniserklärung zur Befundübermittlung kann widerrufen werden.

JA NEIN

Bad Reichenhall, den _____ X

Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)