



Name, Vorname, Geb.

Dr. med. Tobias Pollack Dr. med. Katrin Pietzarka
Facharzt für Diagnostische Radiologie Fachärztin für Radiologie

Patientenaufklärung Computertomographie – CT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ablauf der Untersuchung:

Die CT ist eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung. Es werden Querschnittsbilder des Körpers angefertigt. Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege, die sich langsam in die Öffnung des CT bewegt. Dabei werden Sie vom Bedienpersonal überwacht. Die Untersuchung dauert ca. 15–30 Minuten. Die eigentliche Messzeit für die Bilderstellung dauert nur wenige Sekunden. Bei der Untersuchung sollen Sie ruhig und entspannt liegen bleiben und sich nicht bewegen. Bei Untersuchungen der Lunge und des Bauches bekommen Sie Atemkommandos. In manchen Fällen ist es notwendig, Kontrastmittel zu spritzen. Dies entscheidet der Arzt nach den ersten angefertigten Bildern in Abhängigkeit des Befundes. Während der Kontrastmittelgabe kann es zu einem geringen Wärmegefühl kommen. Das Risiko der Untersuchung mit Kontrastmittelgabe ist als sehr gering anzusehen. In seltenen Fällen kann es jedoch zu schweren Überempfindlichkeitsreaktionen auf Kontrastmittel kommen. **Wenn Sie während oder nach der Untersuchung etwas Außergewöhnliches an sich merken, melden Sie dies bitte dem Assistenzpersonal** (z. B. Niesreiz, Schwindel, Kopfschmerz, Übelkeit).

Zur Untersuchung:

Bei Untersuchungen des Bauch- und Beckenbereiches macht es sich erforderlich, zur Kontrastierung des Darmes ein gut verträgliches verdünntes Kontrastmittel zu trinken (ca. 1/2 – 1 Liter). Nach der Untersuchung ist es ratsam, falls Kontrastmittel gegeben wurde, reichlich zu trinken. Damit wird die Ausscheidung des Kontrastmittels beschleunigt. Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen sollten dies vorsichtiger tun.

Wichtige Zusatzinformationen für den Arzt:

Störungen des Stoffwechsels (Zuckerkrankheit, etc.)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Erkrankungen an Herz, Leber, Lunge	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Erkrankungen an der Niere	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Schilddrüse	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Asthma/Heuschnupfen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Vorhergehende Kontrastmittel-Anwendungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Unverträglichkeitsreaktionen Kontrastmittel, Medikamente, Nahrungsmittel etc.	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Frühere CT-Untersuchungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
		wann?
Mein Gewicht beträgt ca. kg		wo?

Patienteneinwilligungserklärung:

Ich **willige** hiermit in die vorgeschlagene Untersuchung **ein**. Ich fühle mich ausreichend über die Behandlung aufgeklärt und habe dazu **keine weiteren Fragen**. Ich habe die Patienteninformationen gelesen und die o.g. Fragen wahrheitsgemäß beantwortet. Ich habe eine Kopie dieses Formulars mit Originalunterschrift des behandelnden Arztes erhalten.

Datum: Unterschrift Arzt: Unterschrift Patient:

Gesprächsnotiz: