

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
 Pat.-Nr.: _____ Alter: _____ Jahre Geschlecht: _____
 Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

Aufklärungsbogen zur Computertomographie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

zur Abklärung Ihrer Beschwerden, möchte Ihr Arzt bei Ihnen eine Computertomographie durchführen lassen.

Es handelt sich dabei um eine risikoarme Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder des Körpers angefertigt werden, die in weiteren Ebenen nachberechnet werden können. Die dadurch gewonnenen Informationen sind für die weitere Behandlung oft von entscheidender Bedeutung.

Die eigentliche Untersuchung dauert nur wenige Minuten, der gesamte Aufenthalt in unserer Praxis kann 1-2 Stunden in Anspruch nehmen. Darin enthalten sind die Vorbereitung, die Untersuchungszeit im Gerät und die Befundung sowie das Gespräch mit dem Arzt.

Im CT-Raum werden Sie auf einer gepolsterten Liege gelagert, die sich während der Untersuchung durch die Öffnung des Gerätes bewegt. Bitte bleiben Sie während der gesamten Untersuchungsdauer ruhig liegen und befolgen Sie die evtl. gegebenen Atemkommandos. Wir sehen und hören Sie auch vom Bedienraum aus, Sie sind also nicht allein während der Untersuchung.

Da bei der Computertomographie Röntgenstrahlen angewendet werden, müssen Sie uns bitte eine mögliche Schwangerschaft vor der Vorbereitung zur Untersuchung unbedingt mitteilen. Wir überlegen uns dann in einem gemeinsamen Gespräch mit Ihnen eine alternative Untersuchungsmethode. Diese wären z.B. Ultraschall und Kernspintomographie (MRT). Die Anwendung von Röntgenstrahlen kann zu einer gering erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Tumorerkrankungen führen. Daher überprüft der Radiologie vor jeder Untersuchung, ob der mögliche Nutzen das Risiko überwiegt.

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Kontrastmittel zum Trinken und/oder über eine Armvene verabreicht werden muss. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe erforderlich sein und hilft krankhafte Veränderungen besser zu erkennen. An der **Einstichstelle** kann es – wie bei jeder Injektion – zu einem **Bluterguss**, einem **Austritt von Kontrastmittel**, seltener zu örtlichen **Haut- und Gewebeschäden, Narben, Infekten, Nerven- oder Venenreizungen, Schmerzen, Empfindungs- und Funktionsstörungen** kommen, die extrem selten auch dauerhaft bleiben können. Als bekannte, harmlose Reaktion auf Kontrastmittel können ein Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein metallischer Geschmack im Mund auftreten. Selten sind **Unverträglichkeitsreaktionen** wie zum Beispiel **Juckreiz, Niesen, Schleimhautschwellungen, Hautausschlag, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schwellung u.a.. Schwere, meist allergische Nebenwirkungen (Schock, Kreislaufversagen, Organversagen, Tod und bleibende Schäden)** sind extrem selten zu befürchten. Weitere seltene Nebenwirkungen darüber hinaus können Nierenversagen und eine Schilddrüsenüberfunktion bis hin zu einer extrem seltenen thyreotoxische Krise sein, diese sind in den meisten Fällen gut zu behandeln.

Falls Sie während der Kontrastmittelgabe Schmerzen oder eine Schwellung des Armes verspüren, so verständigen Sie bitte sofort das Fachpersonal.

Untersuchungen zeigen, dass über 99% der Patienten das Kontrastmittel gut vertragen. Das Risiko ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen gering. Im Anschluss an eine Kontrastmittelgabe empfiehlt es sich ausreichend (ca. 1-2l) zu trinken, um die Ausscheidung über die Nieren zu verbessern.

Sie haben Fragen? Bitte zögern Sie nicht uns anzusprechen! Wir helfen Ihnen gerne weiter!

Dieser Teil wird von der Assistentin ausgefüllt.

TSH: _____ NW: _____ Crea: _____ NW: _____ GFR: _____ Irenat Uhrzeit: _____

MA Anmeldung: _____

Bereich

CCT NNH Basis Obb Abd Becken Hals Th WS Extr. Hand/Fuß GK Angio

KM oral Gastrolux Accupaque i.v. KM Accupaque _____ ml Xenetix _____ ml

Nativ primär m. KM Nativ u. 1 Serie n. KM Dyn. mind. 2 Serien n. KM

DH PH KL Ge YK EV SB Sonstiger (Namenskürzel eintragen bitte)

Notizen des Personals: _____

Bitte wenden!

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden: _____

Wurden Sie an der **heute** zu untersuchenden **Körperregion** bereits **operiert**? ja nein
wenn ja, wann und welche Operation: _____

Ist die **heute** zu untersuchenden **Körperregion** bereits **geröntgt worden**? ja nein
wenn ja, wann und wo: _____

Hatten Sie einen **Unfall** oder eine **ungewöhnliche Belastung**? ja nein
wenn ja, was und wann: _____

Haben Sie eine **Allergie** auf **Kontrastmittel**? ja nein

Sind sonstige **Allergien** bekannt? Welche? _____

Besteht eine **Infektionserkrankung** (z. B. HIV, Hepatitis, Tbc)? ja nein

Haben Sie eine **Schilddrüsenfunktionsstörung** (insbes. Überfunktion)? ja nein

Nehmen Sie **Medikamente für die Schilddrüse** ein? Welche? ja nein

Besteht eine **Nierenerkrankung**, z.B. verminderte Ausscheidung? ja nein

Haben Sie hohen **Blutdruck**? ja nein

Sind Sie zuckerkrank (**Diabetes**)? ja nein

Sind sie herzkrank? ja nein

Haben Sie ein Plasmozytom/multiples Myelom (Knochenmarkskrebs) ja nein

Nehmen Sie das Medikament Metformin (Diabetes) ein? ja nein

Bitte geben Sie mitgebrachte Aufnahmen und Befunde gleich bei der Anmeldung ab!

Ich möchte Erinnerungen zu meinem Termin erhalten ja nein

Nur für Frauen:

Besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein

Einwilligungserklärung

Den **CT-Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich wurde ausführlich und verständlich über die Untersuchung, Risiken und Nebenwirkungen, Folgemaßnahmen sowie alternative Untersuchungsmethoden informiert. Ich hatte ausreichend Zeit mir meine Entscheidung zu überlegen und habe keine weiteren Fragen.

Ich möchte eine Kopie des Aufklärungsbogen ausgehändigt bekommen ja nein

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben. Ich willige in die Untersuchung und eine Kontrastmittelgabe ein.

X _____

Ort/Datum

X _____

Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte, Betreuer

Assistentin

Unterschrift des Arztes

Einwilligung in die Datenweitergabe:

Im Falle einer notwendigen Weiterbehandlung bzw. Kontrolluntersuchung, bin ich mit der Weitergabe der Befunde und Aufnahmen an die weiterbehandelnde Klinik bzw. Praxis einverstanden. Mir ist bekannt, dass dieses Einverständnis nur für die aktuelle Untersuchung gültig ist und dass ich dies jederzeit für zukünftige Weitergaben mündlich oder schriftlich im RZR, Stollstr. 6, 83022 Rosenheim oder unter info@rad-ro.de widerrufen kann.

X _____

Ort/Datum

X _____

Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte, Betreuer

Nur im Falle der Ablehnung:

Ich lehne die geplante Untersuchung mit Kontrastmittel ab. Über die möglichen Nachteile (z.B. Nichterkennen von Erkrankungen und deren Schweregrad) wurde ich ausdrücklich hingewiesen und nehme ich billigend in Kauf.

X _____

Ort/Datum

X _____

Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte, Betreuer