

Name: Vorname:

geb.: Größe: Gewicht:



Vorbereitung: 2 Std. vorher nicht essen!

**Durch Notfallpatienten können die Bestellzeiten nicht immer eingehalten werden.
Wir bitten um Ihr Verständnis.**

Informationsblatt zur CT – Untersuchung

Sehr geehrter, lieber Patient,

die Computertomographie ohne Kontrastmittel hat, außer der geringen Strahlenbelastung, kein erkennbares Risiko.

Die evtl. einzuspritzenden Kontrastmittel (jodhaltige Lösungen) werden im Allgemeinen gut vertragen. Bei Überempfindlichkeiten kann es zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag oder ähnlichen leichten Reaktionen kommen, die von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen sind extrem selten. Durch die Injektion kann es, trotz größter Vorsicht, zu Verletzungen von Nerven und Adern mit Bluterguss oder zur Nachblutung sowie zu Infektionen kommen.

Um Risiken bei Kontrastmittelanwendungen gering zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

1. Besteht bei Ihnen eine **Allergie** (Überempfindlichkeit)? (z.B. gegen Medikamente, Pflaster oder örtliche Betäubungsmittel? Allergisches Asthma?)

Ja Nein unbekannt

2. Wurden bei früheren Untersuchungen **Kontrastmittel** in die Vene oder Arterie verabreicht?

Ja Nein unbekannt

3. Sind bei früheren Röntgenuntersuchungen mit **Kontrastmittel Hautausschlag, Juckreiz oder Kreislaufreaktionen** aufgetreten?

Ja Nein unbekannt

4. Besteht bei Ihnen eine **Einschränkung der Nierenfunktion**?

Ja Nein unbekannt

5. Nehmen sie Diabetes-Tabletten ein, in denen Metformin oder Siofor enthalten ist?

Ja Nein



Diese Mittel sind 48 Stunden vor der Untersuchung abzusetzen und dürfen erst 48 h Stunden nach der Untersuchung wieder eingenommen werden.

6. Wurden Sie früher einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und welches Organ und Körperteil?

.....

7. Haben Sie eine **Erkrankung der Schilddrüse**?

Ja Nein unbekannt

Wenn ja, welche: Schilddrüsenüberfunktion Schilddrüsenunterfunktion

Welche Schilddrüsenmedikamente nehmen Sie ein?

8. Leiden Sie an einem **Plasmozytom oder Morbus Waldenström**?

Ja Nein unbekannt

9. Sind akute oder **chronische Infektionskrankheiten** wie Hepatitis, AIDS oder Tuberkulose bekannt?

Ja Nein unbekannt

10. **NUR FÜR FRAUEN IM GEBÄHRFÄHIGEN ALTER:**

Wann war Ihre letzte Regel?

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Stillen Sie zu Zeit? Ja Nein

Nach der Untersuchung:

Wenn ein Kontrastmittel eingespritzt wurde, sollten Sie viel trinken (z. B. Tee, Wasser), um die Kontrastmittelausscheidung zu beschleunigen.

Sollten Sie etwas nicht verstanden haben, so fragen Sie uns bitte.

Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse meinem/-er überweisendem/-n Arzt/Ärztin oder Klinik übermittelt werden. Dieses Informationsblatt wird bei uns 10 Jahre aufbewahrt. Diese Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Ich benötige eine Kopie des Informationsblattes

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Vormund