



**AUFKLÄRUNG UND EINVERSTÄNDNIS IN DER COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)**

NAME: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_

GEB.: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer computertomographischen (CT-) Untersuchung überwiesen. Diese Untersuchungsmethode ist eine besondere Form der Röntgenuntersuchung. Mit Hilfe einer rotierenden Röntgenröhre werden Schichtaufnahmen des Körpers erzeugt und damit können krankhafte Veränderungen besser erkannt werden.

**UNTERSUCHUNGSABLAUF**

Während der Untersuchung werden Sie auf einem Tisch gelagert, der Sie automatisch in die richtige Untersuchungsposition bringt. Die Untersuchung dauert i. d. R. 5-10 Minuten. In dieser Zeit sollten Sie möglichst still liegen, da sonst die Schnittbilder verwackeln und Teile der Untersuchung wiederholt werden müssen. Wir werden Sie evtl. auffordern, für kurze Zeit den Atem anzuhalten.

**KONTRASTMITTELGABE**

Bei vielen computertomographischen Untersuchungen ist es erforderlich, ein jodhaltiges Kontrastmittel (KM) über eine Vene zu verabreichen, um die größtmögliche Aussagekraft zu erzielen.

Während der Kontrastmitteleinspritzung können Sie ein kurzzeitiges Wärmegefühl am gesamten Körper, mitunter auch einen metallischen Geschmack auf der Zunge oder Harndrang verspüren.

Nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel sollten Sie ca. 1 – 2 Liter Flüssigkeit trinken.

**RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN**

Kontrastmittel werden im Allgemeinen gutvertragen. Jedoch kann es bei einer Überempfindlichkeit (Allergie) zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag u. ä. Reaktionen kommen. Diese können in den meisten Fällen sofort medikamentös behandelt werden. In seltenen Fällen können Symptome, insbesondere Hautreaktionen, verzögert auftreten (d.h. nach einer Stunde oder Tagen).

Bei Patienten mit einer bekannten Schilddrüsenüberfunktion, deutlich eingeschränkter Nierenfunktion, einer bekannten Kontrastmittelallergie oder mit bestimmten Medikamenten gegen Diabetes („Zuckerkrankheit“) dürfen diese Kontrastmittel möglicherweise nicht verabreicht werden oder nur nach entsprechender Vorbereitung.

Wie bei jeder intravenösen Gabe eines Medikamentes sind in seltenen Fällen ein Bluterguss oder eine Nachblutung an der Einstichstelle möglich.

**Einwilligung**

*(Füllen wir gemeinsam mit Ihnen aus)*

Ich habe das Informationsblatt zur geplanten Untersuchung gelesen und verstanden, bin über mögliche Begleiterscheinungen und Komplikationen informiert worden und habe keine weiteren Fragen. **Ja**  **Nein**

Ich stimme der Durchführung der geplanten Untersuchung zu. **Ja**  **Nein**

Ich bin über mögliche Kontraindikationen und Nebenwirkungen der Kontrastmittelgabe aufgeklärt worden und bin mit einer ggf. erforderlichen Gabe von Kontrastmittel einverstanden. **Ja**  **Nein**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pat./ggf. Betreuer  
Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

\_\_\_\_\_  
MFA/MTRA/Arzt