



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.

Bitte geben Sie dieses Merkblatt bei der Untersuchung in der Abteilung zur Einwilligung wieder ab. **Vielen Dank.**

Einwilligung

(Füllen wir gemeinsam mit Ihnen aus)

Ich habe das Informationsblatt zur geplanten Untersuchung gelesen, verstanden und bin über mögliche Begleiterscheinungen und Komplikationen informiert worden, somit stimme ich 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**

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet, ich verzichte auf ein weiteres Gespräch mit einem Arzt/Ärztin vor der Untersuchung. **Ja** **Nein**

Datum

Unterschrift Pat./ggf. Betreuer
Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen

MFA/MTRA/Arzt