



## **Patientenaufklärungsbogen - Computertomographie (CT)**

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat eine Computertomographie vorgeschlagen, um damit eine Erkrankung genauer diagnostizieren oder sogar ausschließen zu können. Vor dieser Untersuchung möchten wir Sie über den Ablauf, möglichen Risiken und Folgen sowie die Alternativen der geplanten Untersuchung informieren.

Die CT liefert überlagerungsfreie Schichtbilder aus jeder gewünschten Körperregion. Die Bilder, von einem Radiologen ausgewertet, geben genaue Auskunft über Lokalisation und Ausdehnung einer Erkrankung und gehen über den Aussagegehalt einer herkömmlichen Röntgenuntersuchung hinaus.

### **Wie verläuft eine CT-Untersuchung?**

Im CT-Raum werden Sie auf einer Liege gelagert, die Sie automatisch in die richtige Untersuchungsposition bringt bzw. sich langsam in die Öffnung des Computertomographen hineinbewegt. Während der Untersuchung können Sie mit dem Personal sprechen. Die Öffnung des CT ist weit genug, deshalb brauchen Sie sich nicht eingeengt zu fühlen und keine Angst vor der Röntgenröhre zu haben.

Während der Untersuchung sollten Sie ganz ruhig und entspannt liegen, Bewegungen vermeiden und die Anweisungen zur Atmung genau befolgen.

In einigen Fällen ist es notwendig Kontrastmittel (KM) über eine Vene in das Blutgefäßsystem einzuspritzen, um aussagekräftigere Bilder zu erhalten. **Bei Magen-, Dünn- und Dickdarmuntersuchungen erhalten Sie ein aufgelöstes KM ca. ein bis zwei Stunden vorher zum Trinken.**

Die Computertomographie ist völlig schmerzfrei und dauert in der Regel 10 bis 30 Minuten.

### **Welche Alternativen gibt es zur CT?**

Ultraschall, Kernspintomographie oder Szintigraphie können unter Umständen alternativ zur CT vorgenommen werden. Ihr Arzt/ Radiologe informiert Sie gern.

### **Welche Risiken können auftreten?**

Die CT gilt im Allgemeinen als risikoarmes Routineverfahren. Die Strahlenbelastung ist sehr niedrig.

Obwohl das KM häufig sehr gut vertragen wird, kann es in Einzelfällen zu

- leichtem Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen
- selten zu leichten allergischen Reaktionen
- sehr selten zu schweren allergischen Reaktionen
- extrem selten zu Haut-, Weichteil- oder Nervenschäden
- extrem selten bei schon vorab bestehenden Störungen der Niere oder Schilddrüse zur Verschlechterung der Nierentätigkeit bzw. zur Überfunktion der Schilddrüsen kommen.

***Im Falle einer Schwangerschaft besteht das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes durch die Röntgenstrahlen. Teilen Sie deshalb dem Arzt/ der MTRA unbedingt mit, falls Sie schwanger sind oder der Verdacht auf eine Schwangerschaft besteht.***

### **Worauf muss der Patient achten?**

#### **Vor der Untersuchung:**

- Sollten Sie Voraufnahmen oder Vorbefunde zu dieser Untersuchung von anderen Praxen/ Kliniken haben, dann bringen Sie diese bitte unbedingt mit!
- Befolgen Sie die Anweisungen des Arztes bezüglich essen/ trinken und/ oder Medikamenteneinnahme
- Bei Diabetes: Bestimmte Antidiabetika können zu Wechselwirkungen mit Kontrastmitteln führen. Fragen Sie vorher Ihren Arzt, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.
- Bei Brust-, Bauch- oder Beckenuntersuchungen bitte am Vortag der Untersuchung nichts Blähendes essen (Kohl, Bohnen, etc.) und nehmen Sie ggf. die verordneten Abführmittel ein.
- Falls nicht anders verordnet, essen und trinken Sie mind. **zwei Stunden** vor der Untersuchung nichts mehr, rauchen Sie mind. **zwei Stunden** vorher nicht mehr!

#### **Nach der Untersuchung:**

- Um die Ausscheidung des KM nach der Untersuchung zu beschleunigen, trinken Sie bitte reichlich, damit das KM schneller ausgeschieden werden kann.
- Sollten doch einmal nach der Untersuchung Übelkeit, Unwohlsein, Hautausschlag, Schmerzen oder andere Beschwerden auftreten, informieren Sie bitte sofort Ihren Arzt!

**Um Gefahrenquellen oder spezielle Risiken besser abschätzen zu können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:**

Name, Vorname: ..... Geb.-datum: .....

Telefonnummer für evtl. Rückfragen:.....

Körpergewicht: .....kg  
(zwingend erforderlich!)

Körpergröße: .....cm

	Ja	Nein
1. Wurde bei Ihnen schon einmal eine MRT-/CT-Untersuchung der heute zu untersuchenden Körperregion durchgeführt? Wenn ja, was, wann, wo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Traten bei früheren Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel Probleme wie z. B. Kreislaufreaktionen, Hautausschlag, Schock o. Ä. auf? Wenn ja, was? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Stoffwechselstörungen (z.B. Diabetes) oder Störungen wichtiger Organe (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, Nervensystem) bekannt? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Liegt oder lag schon einmal eine Schilddrüsenfunktionsstörung oder eine Nierenfunktionsstörung vor? Wenn ja, was? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie an der heute zu untersuchenden Körperregion bereits Operationen, Verletzungen oder einen Unfall? Wenn ja, was und wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Besteht eine Allergie (z. B. Asthma, Heuschnupfen) oder liegt eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente (z. B. Penicillin, Jod), Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Kontrastmittel, örtliche Betäubungsmittel vor? Wenn ja, was? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, bitte eintragen oder Medikamentenplan vorlegen! .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Liegen Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, HIV), chronische Erkrankungen (z. B. Gicht, Rheuma) oder bösartige Erkrankungen vor? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Könnte eine Schwangerschaft bestehen? Letzte Menstruation (Periode) vom ..... bis ..... Ausbleiben der Menstruation – warum? <input type="checkbox"/> Total -OP <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Menopause <input type="checkbox"/> sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Einwilligungserklärung:**

- Sie wurden ausreichend aufgeklärt und haben keine weiteren Fragen
- Sie willigen in die Untersuchung ein und sind mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden
- bei Frauen: Sie sind nicht schwanger.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten

**Anmerkungen des Arztes:** .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Arztes