

Patientenaufklärungsbogen – Computertomographie (CT)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Untersuchungsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie wurden zur Durchführung einer Computertomographie (CT) überwiesen.

Bei dieser Untersuchung werden mithilfe von Röntgenstrahlen detaillierte Schnittbilder der zu untersuchenden Körperregion erstellt. Dadurch können Organe, Knochen und Gewebe schichtweise und ohne Überlagerungen dargestellt werden.

Die CT ermöglicht eine genaue Beurteilung krankhafter Veränderungen und ist eine wichtige Grundlage für die weitere Behandlung oder zum sicheren Ausschluss einer Verdachtsdiagnose.

Die Indikation zur intravenösen Kontrastmittelgabe wird **allein durch den behandelnden Radiologen** auf Grundlage der medizinischen Fragestellung gestellt. Das verwendete Kontrastmittel ist in der Regel gut verträglich. In seltenen Fällen kann es nach der intravenösen Injektion zu leichten Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Juckreiz, Hautrötung, Übelkeit) kommen, die meist harmlos und gut behandelbar sind.

Schwerwiegende allergische Reaktionen mit Kreislauf- oder Atemproblemen sind **sehr selten**.

Um Ihr persönliches Risiko abschätzen zu können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Haben Sie bereits eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel gehabt? ☐ Nein ☐ Ja
—> Wenn ja, wann, wo, was? _____

2. Wenn ja: Haben Sie diese Untersuchung gut vertragen? ☐ Nein ☐ Ja
—> Wenn nein, was? _____

3. Sind Sie allergisch veranlagt?
(Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen bestimmte Medikamente) ☐ Nein ☐ Ja
—> Wenn ja, welche Allergie: _____

4. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt (z.B. Hepatitis, HIV usw.)? ☐ Nein ☐ Ja
—> Wenn ja, welche? _____

5. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenfunktionsstörung bekannt? ☐ Nein ☐ Ja
—> Wenn ja, welche? ☐ Unterfunktion ☐ Überfunktion

6. Nehmen Sie Medikamente für Ihre Schilddrüse ein? ☐ Nein ☐ Ja
—> Wenn ja, welche Medikamente: _____

7. Haben Sie eine Erkrankung der Nieren, der Leber oder des Herzens? ☐ Nein ☐ Ja

8. Nehmen Sie evtl. blutverdünnende Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, bitte eintragen oder Medikamentenplan vorlegen! ☐ Nein ☐ Ja
—> Wenn ja, welche Medikamente: _____

11. Für Frauen:

Sind Sie schwanger?

☐ Nein ☐ Ja

Stillen Sie?

☐ Nein ☐ Ja**12. Für das Dosismanagement benötigen wir noch Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht.**

Patientengröße: _____ cm

Patientengewicht: _____ kg

Falls Sie diese Ausführungen nicht verstanden haben oder zusätzliche Auskünfte wünschen, wenden Sie sich bitte an uns.

13. Kontrastmittelgabe (KM)

Je nach klinischer Fragestellung kann eine Kontrastmittelgabe über eine Armvene nötig werden. Das Risiko einer allergischen Reaktion ist extrem niedrig. Bei Magen-, Dünn- und Dickdarmuntersuchungen erhalten Sie ein aufgelöstes KM ca. ein bis zwei Stunden vorher zum Trinken.

Sind Sie mit der intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden, wenn diese für die Untersuchung notwendig ist?

☐ Nein ☐ Ja**Auswertung und Beurteilung Ihrer Untersuchungsergebnisse, Mitteilung der Befunde, Mitgabe von Bildmaterial**

Zur exakten Beurteilung Ihrer CT-Untersuchung sind in Ihrem eigenen Interesse folgende Punkte

wichtig: Wir benötigen zum Befundvergleich die Fremdaufnahmen und Befunde evtl. außerhalb durchgeführter Röntgen-, CT-, MRT-Untersuchungen der entsprechenden Region. Falls es heute um Untersuchungen nach erfolgter Behandlung (insbesondere postoperativ oder nach Strahlenbehandlung) geht, werden ferner die entsprechenden Arzt- bzw. Entlassungsberichte benötigt.

Eine unmittelbare Mitteilung des Untersuchungsergebnisses ist nicht in allen Fällen möglich, z. B. aufgrund des Umfangs der Bilddaten oder fehlender externer Vergleichsuntersuchungen. Die Bilddaten werden in unserer Praxis digital gespeichert und stehen gemäß gesetzlicher Vorgaben zur Verfügung.

14. Zur besseren Durchführung beantworten Sie uns bitte folgende Fragen zur Anamnese der heutigen Untersuchung:

Welche Beschwerden haben Sie?

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Sturz/Unfall? Wann?

Verlaufskontrolle?

Aktuelle Therapie?

Einwilligungserklärung:

- Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt (Untersuchungsaufklärung auf umliegender Seite) und willige in die Untersuchung nach ausreichender Bedenkzeit ein.
- bei Frauen: Sie sind nicht schwanger.

Datum:

.....
Unterschrift des **Patienten**Anmerkungen des **Arztes:**

Datum:

.....
Unterschrift des **MTR / MFA**.....
Unterschrift des **Arztes****Wird von der Praxis ausgefüllt:**

Kreatinin/ GFR:

TSH: