



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen soll in unserer Praxis eine **Computertomographie (CT)** durchgeführt werden.

Die Computertomographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, bei der Querschnittbilder des zu untersuchenden Körperabschnittes angefertigt werden.

Wir nutzen zur Dosisersparung einen 16-Zeilen-Computertomographen, hierbei liegt die Strahlenbelastung in einem medizinisch sehr gut vertretbaren Bereich.

Bitte lesen Sie den Aufklärungsbogen sorgfältig durch und beantworten Sie **alle** gestellten Fragen.

Durchführung der Untersuchung

Sie liegen auf einer beweglichen Liege, die zu Beginn der Untersuchung mit Ihnen in eine weite Öffnung des Gerätes gefahren wird. Das Gerät ist vorne und hinten offen. Die Untersuchungszeit ist abhängig von der Fragestellung und liegt zwischen 10 - 20 Minuten.

Eine Röntgenröhre umkreist Sie und sendet gleichzeitig ein dünnes Röntgenstrahlbündel aus.

Während der Untersuchung liegen Sie meist in Rückenlage, selten in Bauchlage auf einer schmalen Liege, die sich in die ringförmige Öffnung des Gerätes hineinbewegt.

Während der Untersuchung müssen Sie vollkommen ruhig liegen bleiben.

Einige Untersuchungen werden mit Atemkommandos durchgeführt.

Die Gabe von Kontrastmittel...

... kann oral zur Kontrastierung des Verdauungstraktes erforderlich sein. Es wird ca. 1 Liter Kontrastmittellösung zum Trinken gereicht.

... kann über die Armvene injiziert werden, um die diagnostische Genauigkeit der Untersuchung zu erhöhen. Es wird ein jodhaltiges Kontrastmittel appliziert. Das Kontrastmittel wird im Allgemeinen gut vertragen.

In selteneren Fällen treten allergische Reaktionen wie z.B. flüchtiger Hautausschlag, Juckreiz / extrem selten: Atem- und/oder Kreislaufbeschwerden, allergischer Schock, auf.

Während der Injektion kann es Ihnen: vorübergehend warm werden, ein eigenartiger Geschmack im Mund oder ein Druck auf die Blase auftreten.

Diese Gefühle sind völlig normal und lassen unmittelbar nach der Injektion nach.

Bitte informieren Sie uns vor der Untersuchung, wenn bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie, eine Erkrankung der Schilddrüse oder der Nieren vorliegt, ebenso wenn eine Zuckerkrankheit vorliegt und Sie sogenannte metforminhaltige Tabletten einnehmen (siehe nächste Seite).

Vorbereitung bei Kontrastmittelgabe

Bitte bringen Sie uns folgende Laborwerte mit: Kreatinin, GFR

basales TSH

freies T3

freies T4

Bitte setzen Sie metforminhaltige Präparate 3 Tage vor der Untersuchung ab.

Nach der Untersuchung

Sollte ein Kontrastmittel verabreicht worden sein, trinken Sie bitte im Lauf des Tages ca. 2 Liter alkoholfreie Getränke, um die Ausscheidung über die Nieren zu beschleunigen.

Name..... Vorname..... Geb.-Datum.....

Gewicht..... Größe.....

Sind Sie **Diabetiker**? Nein Ja

Folgende metforminhaltige Medikamente müssen 3 Tage vor und nach der Untersuchung abgesetzt werden:

- z.B.: Biocosos, Siofor, Thiabet, Metformin, Metfogamma, Mescorit, Diabesin, Diabetase, Glucobon, Glucophage, Jufosmin, Mediabet, Met, Velmetia, Janumed)

Haben Sie innerhalb der letzten 3 Tage metforminhaltige Medikamente eingenommen?

Nein Ja welche?

Besteht bei Ihnen eine Allergie?
(z.B. Heuschnupfen, Asthma)

Nein Ja welche?

Besteht oder bestand bei Ihnen eine Nierenerkrankung
mit Störung der Nierenfunktion?

Nein Ja welche?

Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion?
(z.B. Hashimoto, Thyreoiditis, Morbus Basedow, heiße Knoten)

Nein Ja welche?

Traten nach früheren Röntgen-Kontrastmitteluntersuchungen
Nebenwirkungen auf (z.B. Nieren-/Gallenuntersuchung,
Gefäßdarstellung, Computertomographie)?

Nein Ja welche?

Besteht bei Ihnen eine chronische Infektion?
(z.B. Hepatitis oder HIV)

Nein Ja welche?

Besteht bei Ihnen eine Tumorerkrankung? (z.B. Myelom, etc.)

Nein Ja welche?

Ich bin mit der Gabe eines Kontrastmittels einverstanden

Nein Ja

Besteht eine Schwangerschaft/ Stillen Sie?

Nein Ja

Ich möchte eine Kopie dieses Aufklärungsbogens ausgehändigt bekommen

Nein Ja

Ich möchte eine CD mit den angefertigten Bildern erhalten

Nein Ja

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich ausreichend über die Untersuchung aufgeklärt.

X

Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Bitte wenden ⇨