

Bonn, den _____

NAME: _____

ANSCHRIFT: _____

KRANKENKASSE: _____

Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung Computertomographie (CT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrem Einverständnis soll bei Ihnen eine Computertomographie durchgeführt werden. Dieses Verfahren ist eine besondere Art von Röntgenuntersuchung bei der überlagerungsfreie Bilder (Schnittbilder) des Körpers angefertigt werden. Die Untersuchung selbst dauert nur ein paar Minuten. Sie werden hierfür auf einer fahrbaren Liege im Gerät positioniert. Bitte liegen Sie dabei möglichst ruhig und beachten die eventuellen Atemkommandos.

Wir halten die Strahlenbelastung im CT möglichst gering, sie ist aber dennoch höher als bei einer Röntgenuntersuchung und daher sollten Schwangere und Kinder in aller Regel nicht untersucht werden.

In Abhängigkeit von den Beschwerden und der Fragestellung ist die Gabe eines sogenannten Kontrastmittels in eine Vene während der Untersuchung sinnvoll. Das Kontrastmittel ist eine jodhaltige Flüssigkeit, welche bei der Gabe einen Geschmack auf der Zunge, ein plötzliches Wärmegefühl im Körper oder ein Gefühl von Harndrang auslösen kann. Dies ist normal und geht schnell vorüber. Das Kontrastmittel wird über die Nieren aus dem Körper ausgeschieden.

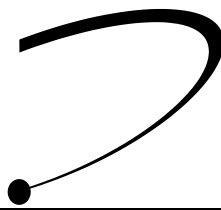
Die von uns verwendeten modernen Kontrastmittel sind sehr gut verträglich und gravierende Nebenwirkungen äußerst selten. Leichte allergische Reaktionen können sich in Juckreiz, Niesreiz und Hautrötungen bemerkbar machen und treten normalerweise schnell nach der Untersuchung auf. Bitte machen Sie uns sofort darauf aufmerksam! Wie gegen jedes andere Medikament und Lebensmittel kann es in extrem seltenen Ausnahmefällen auch zu schweren, teils lebensbedrohlichen, allergischen Schockreaktionen kommen.

Gelegentlich können Verletzungen der Venen entstehen mit Austritt des Kontrastmittels in die Weichteile (Paravasat). Blutergüsse oder Nachblutungen sind möglich, sehr selten bleibende Nervenschädigungen oder Infektionen.

Bei vorab bestehender Nieren- bzw. Schilddrüsenfunktionsstörung kann es zu einer Verschlechterung der Nierentätigkeit kommen oder zu einer Überfunktion der Schilddrüse. Wenn für die Untersuchung auch Kontrastmittel getrunken werden soll, kann es zu Übelkeit und Durchfällen führen.

Es gibt darüber hinaus bestimmte Bedingungen und Vorerkrankungen, die Unverträglichkeiten begünstigen. In manchen Fällen müssen wir dann auf die Verwendung von Kontrastmitteln verzichten oder die Dosis reduzieren.

WICHTIG: BITTE FÜLLEN SIE DIE RÜCKSEITE AUS.



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

	JA	NEIN	UNBE- KANNT
Ist die heutige Untersuchungsregion schon einmal untersucht worden? <i>Falls nicht bei uns, wo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Allergien? <i>Falls ja, wogegen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde schon einmal ein jodhaltiges Kontrastmittel (= Röntgen-Kontrastmittel, z. B. bei einer Computertomographie in die Vene oder Herzkatheter) verabreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Allergie gegen jodhaltiges Kontrastmittel bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?			
Chron. Nierenerkrankung oder eingeschränkte Nierenfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckererkrankung (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Falls ja, welche Medikamente nehmen oder spritzen Sie?</i>			
Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt? <i>Falls ja:</i> <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Schilddrüsenknoten <input type="checkbox"/> Entzündung (z. B. Hashimoto) <input type="checkbox"/> Schilddrüse wurde entfernt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Falls ja, nehmen Sie Schilddrüsen-Medikamente ein? Welche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plasmozytom, Multiples Myelom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Falls ja, welche?</i>			
<i>Falls ja: Bekommen Sie gerade eine Therapie?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Falls ja: welche?</i>			
Sind Sie schon einmal (im heutigen Untersuchungsgebiet) operiert worden, z. B. Niere? <i>Falls ja, wann und was?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist eine chronische Infektionskrankheit bekannt, z. B. HIV, Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Gewicht [kg]: _____ Ihre Größe [cm]: _____			
<i>Bitte schildern Sie kurz Ihre Beschwerden bzw. den Grund der Untersuchung:</i>			

<i>Für Frauen im gebärfähigem Alter:</i>			
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie zur Zeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ich habe die Informationen verstanden und habe keine zusätzlichen Fragen.**
- Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.**
- Ich bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.**
- Bitte händigen Sie mir eine Kopie des Aufklärungsbogens aus.**

Bonn, den _____

Unterschrift der Patientin/ des Patient: _____