

Name:..... Vorname:.....

Aufklärungsbogen für eine **Computertomographie mit Kontrastmittel**

Liebe Patientin, Lieber Patient!

Sie haben sich zu einer Computertomographie angemeldet, bei der rechnergestützt Röntgen-Querschnittsbilder Ihres Körpers angefertigt werden. Dabei wird Ihnen oft in eine Armvene Röntgen-Kontrastmittel eingespritzt. Ob Kontrastmittel erforderlich ist, ergibt sich meist erst während der Untersuchung. Das Röntgen-Kontrastmittel ermöglicht die bessere Abgrenzbarkeit der Organe.

Untersuchungsablauf:

Bei Untersuchungen des Bauches müssen Sie ggf. bis 1,5 Std. vorher ein anderes Kontrastmittel trinken. Dieses Kontrastmittel hat keine Nebenwirkungen.

Zuerst kann eine Untersuchung ohne Kontrastmittel-Einspritzung erfolgen. Nach Punktion einer Vene (wie beim Blut-Abnehmen) erfolgt die Injektion des Kontrastmittels in das Blutsystem. Während der Einspritzung oder sofort danach werden dann die Aufnahmen angefertigt.

Komplikationen:

Eine risikolose Untersuchung gibt es in der Medizin kaum.

Die Strahlendosis ist heute bei Verwendung moderner Spiral-CT-Geräte im Vergleich zu früher erheblich reduziert. In den allermeisten Fällen treten bei der Anwendung moderner Röntgen-Kontrastmittel keine oder nur sehr geringe Begleiterscheinungen auf. So ist direkt während der Einspritzung gelegentlich ein Wärmegefühl zu bemerken. Schwerwiegende Komplikationen, wie die Bildung von Blutgerinnseln oder Gefäßverschlüssen sowie lokale Reaktionen am Ort der Einspritzung sind extrem selten. Ebenso sind allergische Überempfindlichkeitsreaktionen im Bereich der Haut, Nieren, Nerven oder des Kreislaufes, die zu lebensbedrohlichen Zwischenfällen oder eventuell zu bleibenden Schäden führen können, sehr selten.

Zur Verminderung Ihres eigenen Risikos bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Bestehen bekannte Allergien (z B. Jod, Arzneimittel oder Nahrungsmittel)? O nein O ja
2. Haben Sie Heuschnupfen oder Asthma? O nein O ja
3. Sind bei früheren Kontrastmittel-Untersuchungen Unverträglichkeitsreaktionen aufgetreten (z. Bsp. Juckreiz, Pusteln, Kreislaufreaktionen)? O nein O ja
4. Ist eine Schilddrüsen-Überfunktion bekannt? O nein O ja
5. Haben Sie eine Nieren- oder Lebererkrankung? O nein O ja
6. Haben Sie eine schwerwiegende Herz-Erkrankung ? O nein O ja
7. Leiden Sie an Diabetes? O nein O ja

Wenn ja, bitte Medikation angeben:

Zu Ihrer Beachtung:

Bitte 3 Std. vor dem Untersuchungstermin nicht essen und nicht trinken!

Falls Sie einen Röntgenpass haben, können Sie die Untersuchung an der Annahme eintragen lassen.

Bitte fragen Sie uns, falls Sie etwas nicht verstanden haben oder weitere Informationen möchten.

Über mögliche gesundheitliche Folgen einer Ablehnung bin ich informiert.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die vorgeschlagene Untersuchung ein: O nein O ja

Ich willige in die Kontrastmittel-Gabe ein: O nein O ja

Datum:

Unterschrift des Patienten:

Vermerke des aufklärenden Arztes:

Datum:

Unterschrift des Arztes: