

INFORMATIONSBLETT ZUR COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße / Hausnummer	
Telefon	Geburtsdatum	Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg

Unter welchen Beschwerden leiden Sie? Hatten Sie Krebs? Wurden Sie operiert?

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Die Computertomographie ist eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder des zu untersuchenden Körperabschnittes angefertigt werden können. So lässt sich ein genaues Bild, z. B. über die Lage eines Krankheitsherdes in Bezug auf die anderen Organe, machen. Dies ist für die Planung der Behandlungsmaßnahmen oft von erheblicher Bedeutung.

Wie erfolgt die Untersuchung?

Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege, die sich langsam in die kegelförmige Öffnung (Gantry) des Gerätes hineinbewegt. Diese ist relativ weit, weshalb Sie sich nicht eingeengt fühlen und keine Platzangst haben müssen, zumal Sie während der Untersuchung die Möglichkeit haben, jederzeit mit dem medizinisch-technischen Assistenzpersonal zu sprechen. Die Messzeit jedes Körperabschnittes beträgt einige Sekunden. Dabei sollten Sie ruhig und entspannt liegen und die Atemkommandos genauestens befolgen.

In manchen Fällen ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Vene in das Blutgefäßsystem einzuspritzen, um aussagekräftigere Bilder zu erhalten oder um Entzündungen oder Tumorerkrankungen nachweisen oder ausschließen zu können. Die Untersuchung selbst ist völlig schmerzfrei und dauert ca. 5 Minuten.

Danach müssen Sie ungefähr 30 Minuten für die Anfertigung, Auswertung und Beurteilung der CT-Bilder einkalkulieren.

Risiken der Kontrastmitteluntersuchung

Während der Kontrastmitteleinspritzung kann es im Körper zu einem geringfügigen Wärmegefühl kommen, das harmlos ist und nach wenigen Sekunden abklingt. In der Regel verläuft die Computertomographie ohne erkennbares Risiko.

An Nebenwirkungen und Komplikationen nach intravenöser Kontrastmittelgabe können auftreten:

- Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag
- Allergische Reaktionen
- Kreislaufprobleme, Atemprobleme

Melden Sie bitte dem Assistenzpersonal, wenn Sie während der Untersuchung etwas Außergewöhnliches an sich bemerken (z. B. Niesreiz, Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit).

Nach der CT-Untersuchung

Es ist ratsam, viel zu trinken, falls über eine Vene Kontrastmittel gespritzt wurde. Dadurch wird die Ausscheidung des Kontrastmittels über die Nieren beschleunigt.

BLATT BITTE WENDEN

Wurde Ihnen schon einmal Röntgenkontrastmittel verabreicht (z. B. bei Untersuchungen der Nieren und Harnwege, Blutgefäße, Herzkatheter, Gallenwege oder des Gehirns)?

Ja, und zwar im Jahre _____ bei _____ Nein

Sind dabei Kontrastmittel-Reaktionen aufgetreten?

Ja Nein

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente, Nahrungsmittel oder Pflaster bekannt?

Ja, und zwar _____ Nein

Ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit bekannt (z. B.: Tuberkulose, AIDS, Hepatitis)?

Ja, und zwar _____ Nein

Leiden Sie an Heuschnupfen, allergischem Asthma oder der Krankheit „Neurodermitis“?

Ja, und zwar _____ Nein

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes) und nehmen deswegen Medikamente ein?

Ja, und zwar _____ Nein

Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung?

Ja, kennen Sie Ihren aktueller Kreatininwert? _____ Nein

Leiden Sie an der Knochenkrankheit „Plasmozytom“?

Ja Nein

Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt und nehmen Sie deswegen Medikamente ein?

Ja, und zwar _____ Nein

Bei FRAUEN: Besteht eine Schwangerschaft?

Ja (welche Schwangerschaftswoche?) _____ Nein

Wir weisen darauf hin, dass wir für Schäden, die durch Nichtbeachtung der Anweisungen unseres Assistenzpersonals entstehen können, nicht haften. Wenn Sie Fragen zur Untersuchung, möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, sprechen Sie uns bitte an! Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns bitte nachfolgend, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen und der Computertomographie, wenn nötig auch mit Kontrastmittelgabe, zustimmen.

Oberhausen, den _____ _____
Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte/r, Bevollmächtigte/r

Ich wünsche eine Kopie des Fragebogens. Ich wünsche keine Kopie des Fragebogens.

Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte/r, Bevollmächtigte/r _____