



Patienteninformation und Aufklärung: Computertomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

Ihr Name:

Ihr behandelnder Arzt hat für Sie eine **Computertomographie (CT)** empfohlen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen wird, dass Ihre Erkrankung detaillierter diagnostiziert wird oder eine vermutete Erkrankung ausgeschlossen werden kann.

Bitte beachten Sie, dass wir als Radiologen keine Therapieempfehlungen geben können. Ihr behandelnder Arzt (Überweiser) wird Sie über geeignete Therapien informieren.

■ Was ist eine Computertomographie (CT)?

Die CT ist ein **bildgebendes Röntgenverfahren**. Sie liegen **ruhig und entspannt** wenige Minuten auf dem Untersuchungstisch des Geräts und werden für wenige Sekunden durch einen kurzen, offenen Ring gefahren. Die Untersuchung ist bei **Platzangst** problemlos möglich. Evtl. werden Sie einmalig oder mehrmalig gebeten tief einzusatmen und die Luft anzuhalten.

■ Wie hoch ist die Strahlenbelastung?

Wir sind Ärzte mit Strahlenschutzfachkunde und Sie können sich sicher sein, dass wir die Notwendigkeit Ihrer Untersuchung sorgfältig prüfen. Die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen unterliegt strengen gesetzlichen Auflagen und wird überwacht. Die individuell für Sie notwendige Dosis ist von vielen Faktoren abhängig (z.B. vom Durchmesser des untersuchten Körperteils), deshalb kann sie nicht exakt vorausgesagt werden. Wird ein bestimmter Strahlenwert (Grenzwert) überschritten, heißt das nicht automatisch, dass dies tatsächlich gefährlich wird. Grenzwerte dienen nicht dazu zwischen gefährlich und ungefährlich zu unterscheiden. Die Überschreitung eines Grenzwerts bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten gesundheitlicher Folgen über einem theoretisch angenommenen Wert liegt. Das Gewebe von jüngeren Menschen ist grundsätzlich anfälliger für Strahlenschäden als das Gewebe älterer Menschen. Die Dosis erhöht sich grundsätzlich bei Adipositas und bei metallischen Implantaten im Untersuchungsbereich (z.B. Hüftprothese).

■ Gibt es alternative Untersuchungsmethoden?

Normales („konventionelles“) Röntgen, MRT, Ultraschall oder nuklearmedizinische Untersuchungen. Wir und Ihr überweisender Arzt haben die für Ihre (vermutete) Erkrankung am besten geeignete Untersuchung ausgewählt.

■ Welche Komplikationen sind durch das Kontrastmittel möglich?

Durch die intravenöse Injektion kann es sehr selten zu **Blutergüssen, Entzündungen oder Infektionen** kommen. Sollte es zu einem **Paravasat** kommen, d.h. das Kontrastmittel fließt nicht in das Blutgefäß (Vene),

sondern in das umliegende Gewebe, sind in aller Regel keine schwerwiegenden Komplikationen zu erwarten. Durch Kontrastmittel (und ggf. zusätzliche Medikamente) können **Unverträglichkeitsreaktionen** und **allergische Reaktionen** auftreten. Diese sind insgesamt **sehr selten** und es handelt sich in den meisten Fällen um milde Reaktionen (z.B. Hautausschlag, Übelkeit). **Schwere allergische Reaktionen** bis hin zum lebensbedrohlichen sog. anaphylaktischen Schock mit bleibenden Organschäden sind **sehr selten** und treten in der Regel innerhalb der ersten 30 Minuten nach der Kontrastmittelgabe auf. Innerhalb dieser Zeit halten Sie sich zur Nachbeobachtung in unserer Praxis auf. Es wird geraten innerhalb der ersten Stunde nach Kontrastmittelgabe nicht Auto zu fahren und keine Maschinen zu bedienen. Bei bekannter **Jodallergie** darf kein Kontrastmittel angewendet werden. Bei Untersuchungen des Bauches ist es i.d.R. notwendig ein **Kontrastmittel vor der Untersuchung zu trinken** – zusätzlich zum Kontrastmittel, welches wir während der Untersuchung in eine Vene spritzen. Eine bereits bestehende **Nierenfunktionseinschränkung** (sog. **Niereninsuffizienz**) kann sich nach Kontrastmittelgabe verschlechtern bis hin zum Nierenversagen. Sollte bei Ihnen eine hochgradige Niereninsuffizienz vorliegen oder Hinweise hierauf bestehen, wird kein Kontrastmittel verwendet. Durch jodhaltige Kontrastmittel kann bei bestimmten Vorerkrankungen (z.B. Morbus Basedow) eine **Schilddrüsenüberfunktion** entstehen. Symptome sind z.B. Herzrasen, Nervosität und vermehrtes Schwitzen. Bitte kontaktieren Sie bei diesen Symptomen sofort einen Arzt. Nach Anwendung eines oralen Kontrastmittels kann zusätzlich vorübergehender Durchfall auftreten. **Bitte trinken Sie in den ersten 24 Stunden nach der Untersuchung sehr viel, am besten Wasser.**

■ Zusätzliche Informationen für Frauen

Bei **Schwangerschaft darf keine CT durchgeführt werden**. Das **Abstillen** nach einer Kontrastmittelgabe ist nicht notwendig. Falls Sie abstillen möchten wird eine **24-stündige Stillpause** empfohlen.

■ Ablehnung der Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe

Durch eine **Ablehnung** der CT-Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe können Ihnen **gesundheitliche Nachteile** entstehen. Therapien/Operationen können vielleicht nicht oder erst verspätet durchgeführt werden.

Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden:



Datum



Ihre Unterschrift

Bitte den Fragebogen auf der Rückseite ausfüllen.



Computertomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

| | |
|--|--|
| Haben Sie Beschwerden ? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche und seit wann? |
| Ihre Körpergröße ? cm Ihr Körpergewicht ? kg | |
| Frühere Röntgen- / CT-Untersuchungen ? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo? |
| Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen (z.B. Knochenszintigraphie, Schilddrüsenzintigraphie)? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo? |
| Frühere Krebs- oder Tumorbestrahlungen ? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo? |
| Ist oder war bei Ihnen eine Infektionskrankheit z.B. HIV/AIDS, Hepatitis, Tuberkulose bekannt? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und wann? |
| Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht ? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wieviel pro Tag oder bis wann? |
| Sind Allergien gegen Kontrastmittel, Jod oder andere Stoffe bekannt? Z.B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Betäubungsmittel, Pflaster? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? |
| Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus) ? Wenn ja, nehmen Sie metforminhaltige Medikamente? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie aktuell Schmerztabletten wie Voltaren® , Diclo, Diclofenac, Ibu® , Ibuprofen ein? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? |
| Wurden Sie bereits an der zu untersuchenden Körperregion operiert ? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und wann? |
| Sind bei Ihnen Nierenerkrankungen oder eine Niereninsuffizienz bekannt? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was? |
| Wurde bei Ihnen eine Nierentransplantation durchgeführt? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann? |
| Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion oder eine sonstige Schilddrüsenerkrankung bekannt (z.B. Hashimoto, Basedow)? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? |
| Nehmen Sie aktuell Schilddrüsenmedikamente ein (z.B. L-Thyrox, L-Thyroxin, Euthyrox®)? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was und wie viel? |
| Name und Ort des Hausarztes (falls nicht Überweiser): | |
| Zusatzfrage für Frauen: Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein? | Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Bei Schwangerschaft darf kein CT durchgeführt werden. |

■ Einverständniserklärung

Ich bin mit der Durchführung der **CT-Untersuchung** einverstanden:



Ja:

Nein:

Ich bin ggf. mit der Gabe eines **Kontrastmittels** einverstanden:



Ja:

Nein:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit **einverstanden**, dass die Radiologie Betzdorf meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung, Diagnostik und zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen erforderlich ist, an andere Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Leistungserbringer (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) oder Kostenträger (z.B. Krankenversicherung) übermittelt und erforderliche Daten und Befunde bei den genannten Stellen erhebt und für die Zwecke der durch uns durchgeführten Behandlung und Diagnostik verarbeitet und nutzt. Sie können diese Willenserklärung in der Zukunft jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.



Datum

Ihre Unterschrift