




Patienteninformation und Aufklärung: Computertomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

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 einzuatmen 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 Injektion in eine Vene können sehr selten **Blutergüsse, Entzündungen oder Infektionen** auftreten. Sollte es zu einem **Paravasat** kommen, d.h. das Kontrastmittel fließt nicht in das Blutgefäß (Vene), sondern in das umliegende Gewebe, sind nur sehr selten schwerwiegende Komplikationen zu erwarten, die einen chirurgischen Eingriff notwendig machen.

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 bekommen Sie von uns **vor der Untersuchung Wasser zu trinken** um den Darm besser beurteilen zu können. Bei Untersuchungen des **Bauchraumes und des Beckens** sollte unmittelbar vor der Untersuchung in der Praxis möglichst **nicht auf die Toilette** gegangen werden. Die Blase lässt sich besser beurteilen, wenn sie mit Urin gefüllt ist. Eine schon vorhandene **Einschränkung der Nierenfunktion** (auch bekannt als **Niereninsuffizienz**) kann durch die Verabreichung von Kontrastmittel verschlechtert werden, bis hin zum Nierenversagen, welches eine Dialyse erforderlich macht. 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, extreme Unruhe und vermehrtes Schwitzen. Bitte kontaktieren Sie bei diesen Symptomen sofort einen (Not-)Arzt. **Bitte trinken Sie in den ersten 24 Stunden nach der Untersuchung mehr als sonst.**

■ Zusätzliche Informationen für Frauen

Informieren Sie uns unverzüglich, wenn Sie schwanger sind oder sein könnten. **Eine CT darf zu keinem Zeitpunkt der Schwangerschaft durchgeführt werden.** Ein **Abstillen** nach einer Kontrastmittelgabe ist nicht notwendig. Wenn Sie auf eigenen Wunsch abstillen möchten wird eine Stillpause von 24 Stunden empfohlen.

■ Ablehnung der Untersuchung oder der Kontrastmittelgabe

Wenn Sie die CT-Untersuchung oder die Kontrastmittelgabe **ablehnen**, kann das **schwerwiegende gesundheitliche Nachteile** für Sie haben. Dadurch können Therapien oder Operationen vielleicht nicht oder erst verspätet durchgeführt werden.

 **Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden.**



Datum

Ihre Unterschrift



Patienteninformation und Aufklärung:
 Computertomographie ggf. mit Kontrastmittelgabe

Welche Beschwerden haben Sie und seit wann?	
Ihre Körpergröße? cm Ihr Körpergewicht? kg	Ihre E-Mail-Adresse (für zukünftige Terminerinnerungen):
Frühere Röntgen- / CT-Untersuchungen?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, was, wann und wo?
Frühere nuklearmedizinische Untersuchungen (z.B. Knochenszintigraphie, Schilddrüsenszintigraphie)?	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?
Haben Sie im Moment Fieber?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie viel?
Sind Allergien gegen Kontrastmittel, Jod oder andere Stoffe/Materialien bekannt? Z.B. Medikamente, 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 an der zu untersuchenden Körperregion operiert oder bestrahlt (Strahlentherapie)?	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 eine Nierentransplantation durchgeführt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen an der Schilddrüse eine Basedow-Erkrankung oder eine Hashimoto-Erkrankung bekannt?	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?
Wurden Sie an der Schilddrüse operiert?	Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/> Wenn ja, warum und wann?
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 keine 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. Krankenkasse) 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. Die Datenverarbeitung zu Zwecken der Qualitätsprüfung ist gesetzlich im SGB V geregelt und bedarf nicht Ihrer Zustimmung.



Datum

Ihre Unterschrift