

Patientenaufklärung zur Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte lesen Sie den Ihnen überreichten Anamnesebogen genau durch.

Um Risiken zu vermeiden, darf ein bestimmter Personenkreis nicht oder nur unter bestimmten Vorsichtsmaßnahmen untersucht werden. Bitte wenden Sie sich bei Unklarheiten an unsere Mitarbeiter.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Sind Sie schwanger oder vermuten Sie schwanger zu sein? **Ja** **Nein**

Stillen Sie? **Ja** **Nein**

Haben Sie Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, andere)? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? _____

Diese Untersuchungsmethode ist eine besondere Form der Röntgenuntersuchung. Mithilfe einer rotierenden Röntgenröhre werden Schichtaufnahmen Ihres Körpers erzeugt, um krankhafte Veränderungen besser zu erkennen. Die Untersuchung stellt eine gewisse Strahlenbelastung dar, die durch neuste Gerätetechnologie, regelmäßige Kontrollen der Geräte und eine an Ihre Beschwerden/Indikation angepasste Untersuchungstechnik durch einen unserer fachkundigen Radiologen so gering wie möglich gehalten wird. Strahlenschäden konnten durch die bei der normalen Computertomographie verabreichten Dosen bislang nicht nachgewiesen werden.

Wurde in letzter Zeit eine Röntgenaufnahme, CT- Untersuchung oder eine Knochenszintigraphie der gleichen Körperregion durchgeführt? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche Untersuchung, wann und wo?

Liegt oder lag bei Ihnen ein Tumorleiden vor? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welches? _____

Hatten Sie in der Vergangenheit eine Strahlen- oder Chemotherapie? **Ja** **Nein**
Wenn ja, wann? _____

Haben Sie einen Röntgenpass? **Ja** **Nein**

Wenn ja, legen Sie diesen bitte an der Anmeldung vor, sodass die heutige Untersuchung eingetragen werden kann. Sollten Sie keinen Pass besitzen, erhalten Sie diesen nach der Untersuchung von unseren Mitarbeitern.

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden / den Grund Ihres heutigen Besuches bei uns:

Hatten Sie einen Unfall? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wann und welche Art von Unfall ist passiert?

Wurden Sie passend zur heutigen Untersuchung schon einmal operiert? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wann? _____

Für die bei Ihnen vorgesehene Computertomographie wird eventuell die Gabe eines Röntgenkontrastmittels erforderlich sein. Kontrastmittel sind Arzneimittel, mit deren Hilfe sich Strukturen und Funktionen des Körper, sowie Untersuchungsergebnisse deutlicher darstellen und besser untersuchen lassen. Das Mittel wird von uns durch eine Injektion in die Armvene gegeben. Komplikationen, wie z.B. Übelkeit, Brechreiz, Juckreiz, Hautquaddeln (Nesselsucht/Urtikaria) und ähnliche Reaktionen, treten durch die Kontrastmittel selten auf. Extrem selten kann es zu schwerwiegenden Überempfindlichkeitsreaktionen, wie z.B. Atem- oder Kreislaufstörungen, Krämpfe, allergischer Schock, kommen Für diese Notfälle ist die Praxis selbstverständlich bestens vorbereitet und alle Mitarbeiter sind notfallmedizinisch ausgebildet. Zudem sind wir an das Notfallversorgungssystem des nebenan liegenden Bürgerhospitals angeschlossen. Aus Sicherheitsgründen wird die Venenverweilkanüle, über die auch das Kontrastmittel gegeben wird, erst nach einer beschwerdefreien Untersuchung entfernt. Zudem planen wir zur Kontrolle einen zusätzlichen Aufenthalt von ca. 20 Minuten für Sie ein.

Zur Abschätzung eines eventuellen Risikos bitten wir Sie nun die folgenden Fragen zu beantworten:

Wurden Sie schon einmal mit Röntgenkontrastmittel untersucht? **Ja** **Nein**

Wenn ja, ist es in der Vergangenheit schon einmal zu einer Unverträglichkeit gekommen? **Ja** **Nein**

Wie hat sich diese geäußert? _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Pflaster, Medikamente) **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche?

Sollten Sie einen Allergiepass besitzen, legen Sie diesen bitte an der Anmeldung vor.

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie hierfür ein?

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Schilddrüsenszintigraphie durchgeführt? **Ja** **Nein**

Wenn ja, wann und wo? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? **Ja** **Nein**

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Diabetes? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

Haben Sie eine Lungenerkrankung (Asthma, COPD)? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? Nehmen Sie Medikamente nehmen Sie hierfür ein?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? **Ja** **Nein**
Wenn ja, welche? _____

Vor der Untersuchung erfolgt durch den diensthabenden Radiologen ein Aufklärungsgespräch, in dem folgende Themen besprochen werden: Art, Risiko und Nebenwirkungen der Untersuchung und des Kontrastmittels, Notwendigkeit der Kontrastmittelgabe, Notfallmaßnahmen bei einer Kontrastmittelunverträglichkeit und das Risiko einer Nierenschädigung. Wir bitten Sie aufkommende Fragen im Aufklärungsgespräch zu stellen.

Sollten Sie während der Untersuchung eine Unverträglichkeitsreaktion bemerken, teilen Sie uns diese bitte umgehend mit.

Mir ist bewusst, dass durch Notfallpatienten Verzögerungen bei fest vereinbarten Terminen auftreten können und ich keinerlei Schadensersatzansprüche wegen anfallender Wartezeiten geltend machen kann.

Ich habe die Ausführungen gelesen, verstanden und bin mit der intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden:

Ja **Nein**

Ich benötige eine Kopie dieses Bogens.

Ja **Nein**

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient
ggf. Erziehungs-/Sorgeberechtigter

Nur vom Personal auszufüllen!

Patienten ID _____

Geburtsdatum _____

Ch.B. _____

Kontrastmittel _____

Voruntersuchungen _____

TSH _____

Kreatinin _____

GFR _____

Notizen zur Untersuchung

Unterschrift Ärztin/Arzt