

Informationsblatt und Aufklärung zur Computertomographie



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Computertomographie (CT) ist ein fortschrittliches Röntgenverfahren. Dabei werden Querschnittsbilder Ihres Körpers erstellt, wobei bestimmte Körperregionen schichtweise dargestellt werden. Diese Bilder ermöglichen dem Arzt, Ihre Krankheit zu erkennen und einzuschätzen.

Wie wird die Computertomographie durchgeführt?

Sie werden gebeten, sich auf die Untersuchungsliege zu legen. Anschließend werden Sie in das Untersuchungsgerät hineingefahren.

Während der Untersuchung sehen und hören wir Sie jederzeit, wir lassen Sie also nicht allein. Die Untersuchung wird etwa 10 Minuten dauern. Bei Untersuchungen im Bereich der Brust und des Bauches werden Sie gebeten, genau den Atemanweisungen zu folgen.

In vielen Fällen ist es notwendig, über eine dünne Kanüle in einer Armvene Kontrastmittel zuzuführen. Wir werden diese Kanüle vor Beginn der Untersuchung anlegen.



Bei der Untersuchung des Bauchraumes ist es in fast allen Fällen erforderlich, dass Sie etwa 1 bis 2 Becher eines wässrigen Kontrastmittels vor der Untersuchung trinken. Bitte trinken Sie das Kontrastmittel langsam und gleichmäßig. Auch sollten Sie unmittelbar vor und während der Kontrastmitteleinnahme nichts anderes essen und trinken.

Die Bilder ihrer Untersuchung werden elektronisch gespeichert. In der Regel erhält Ihr zuweisender Arzt einen schriftlichen Untersuchungsbefund spätestens bis zum folgenden Werktag per Fax.

Ist die Untersuchung mit einer Strahlenbelastung verbunden?

Die Computertomographie arbeitet mit Röntgenstrahlen. Wir besitzen einen hochmodernen Computertomographen, welcher in der Lage ist, mehrere Schichten des Körpers während einer Sekunde aufzunehmen (Mehrzeilen-Spiral-CT). Im Vergleich zu herkömmlichen Computertomographen benötigt dieses Gerät bei besserer Bildqualität deutlich weniger Röntgenstrahlen. Auch können wir die Untersuchungszeiten dadurch extrem kurz halten.

Können Komplikationen auftreten?

Die Computertomographie ist ein risikoarmes Untersuchungsverfahren. Gelegentlich (1 - 10 von 1.000) treten nach der Injektion des Kontrastmittels Übelkeit, Kopfschmerzen und Erbrechen auf. Im Regelfall verschwinden diese Komplikationen ohne Behandlung. Selten treten leichte allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel auf, die mit Übelkeit, Hautausschlag und Juckreiz einhergehen können. Sehr selten (weniger als 1 von 10.000) sind schwere allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel mit Herz- und Kreislaufbeschwerden, Schwellungen des Kehlkopfes oder gar lebensbedrohlichem Kreislaufversagen. Bleibende Schäden des Gehirns oder der Nieren kommen extrem selten vor. Wird das Kontrastmittel versehentlich neben ein Blutgefäß gespritzt, kann es sehr selten zu stärkeren Gewebereaktionen kommen. Wenn eine Schwangerschaft besteht, kann eine Schädigung des ungeborenen Kindes durch Röntgenstrahlen nicht sicher ausgeschlossen werden. Bitte teilen Sie uns deshalb vor der Untersuchung unbedingt mit, wenn die Möglichkeit einer Schwangerschaft besteht.

Nach der Untersuchung:

Bitte trinken Sie nach der Kontrastmittelgabe viel Flüssigkeit (Wasser, Tee oder Saft), um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu beschleunigen. Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken oder Übelkeit auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf.

Im Folgenden bitten wir Sie, einige Fragen zu beantworten:

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____

Wurde die betreffende Körperregion in den letzten Jahren bereits mittels Computertomographie, Röntgen oder Kernspintomographie untersucht? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Haben Sie schon einmal auf **Röntgen-Kontrastmittel allergisch** reagiert? ja nein

Wenn ja, wie hat sich dies geäußert? _____

Neigen Sie zu **Allergien** (bestimmte Medikamente, Nahrungsmittel, Heuschnupfen, Asthma)? Zeigen Sie bitte ggf. Ihren Allergiepass vor! ja nein

Leiden Sie an einer ansteckenden Infektionserkrankung (**HIV, Hepatitis** etc.) bzw. Bluterkrankung? ja nein

Haben Sie **Diabetes** (Zuckerkrankheit)? ja nein

Leiden Sie an einer **Schilddrüsenfunktionsstörung**? ja nein

Hatten Sie schon einmal eine Erkrankung der Nieren, oder leiden Sie derzeit unter einer **Nierenfunktionsstörung**? ja nein

Wurden Sie jemals operiert? Wenn ja, wann und an welchem Körperteil? ja nein

Besteht eine Plasmocytom-Erkrankung? ja nein
(Bösartige Erkrankung des blutbildenden Knochenmarks)

Bei Frauen: Könnten Sie **schwanger** sein? Stillen Sie? ja nein

Datum der letzten Periode: _____

Ich bin mit einer **Kontrastmittelgabe** einverstanden. ja nein

Nehmen Sie derzeit **Medikamente** ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Anmerkungen:

Einwilligungserklärung:

Ich habe diese Information vollständig und aufmerksam gelesen, den Inhalt verstanden und die Fragen korrekt beantwortet. Noch bestehende Fragen zur Untersuchung wurden zufriedenstellend geklärt. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit in die Untersuchung ein.

Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Durchschlag der/dem Patientin/en mitgegeben

Unterschrift des Arztes