



Radiologie Weinheim / Heppenheim

Aufklärungsbogen zur Computertomographie

Sehr geehrte Patienten,

die **Computertomographie (CT)** ist ein modernes bildgebendes Verfahren, mit dem ein detaillierter Blick in den menschlichen Körper möglich ist. Die CT-Technik beruht auf der Verwendung von Röntgenstrahlen, die Strahlenbelastung liegt in einem medizinisch vertretbaren Bereich.

Unsere Praxis verfügt über einen Spiralcomputertomographen, mit dem in wenigen Sekunden die zu untersuchende Körperregion in höchster Detailgenauigkeit abgebildet werden kann.

Für eine bestmögliche Bildqualität sollten Sie

- Ruhig und entspannt liegen
- Eventuelle Atemkommandos oder andere Anweisungen beachten
- Für Untersuchungen mit intravenösem Kontrastmittel 4 Stunden vorher nüchtern bleiben

Die intravenöse Gabe von Röntgenkontrastmittel ist in einigen Fällen erforderlich, weil viele Erkrankungen, besonders Tumore, Entzündungen und Hirnerkrankungen im CT erst durch die Kontrastmitelanreicherung erkennbar werden. Das verwendete Kontrastmittel zeichnet sich durch seine gute Verträglichkeit aus, nur gelegentlich kann es zu Unverträglichkeitsreaktionen (wie Hautrötung, Hautjucken, Husten, Erbrechen, Atemnot, Blutdruckabfall) kommen, die mit entsprechenden Gegenmitteln (Antihistaminika, Kortison) behandelt werden können. Schwere lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten. Bei Untersuchungen des Bauchraumes ist es zusätzlich notwendig ca. 90 Minuten vor Untersuchungsbeginn eine Flüssigkeit zu trinken, um die Darmschlingen von krankhaften Veränderungen abgrenzen zu können. Falls nicht anders vom Arzt angeordnet, sollten Sie nach einer Kontrastmittelapplikation reichlich trinken, damit das Kontrastmittel schneller ausgeschieden wird.

Bitte informieren Sie uns bereits vor der Untersuchung, wenn bei Ihnen eine Allergie gegen jodhaltige Kontrastmittel, eine Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose) oder eine Erkrankung der Nieren vorliegt, ebenso wenn Sie wegen Diabetes (Zuckerkrankheit) sogenannte metforminhaltige Tabletten einnehmen (siehe auch nächste Seite).

Bei der Gabe von jodhaltigen Kontrastmittel ist es notwendig, dass Sie aktuelle Blutwerte (Kreatinin und TSH) am Untersuchungstag mitbringen.



Name: _____ Vorname: _____

Geb.datum: _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung? nein ja
2. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?
falls ja, welche _____ nein ja
3. Ist bei Ihnen ein Multiples Myelom bekannt? nein ja
4. Besteht eine Allergie gegen **Röntgenkontrastmittel**? nein ja
5. Sind bei Ihnen sonstige Allergien bekannt
falls ja, welche _____ nein ja
6. Schwangerschaft, Stillperiode nein ja
7. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt?
falls ja, welche _____ nein ja
8. Sind übertragbare Infektionskrankheiten bei Ihnen bekannt?
(HIV, Hepatitis, TBC etc.) nein ja
falls ja, welche _____
9. Sind Sie **zuckerkrank (Diabetes)**? nein ja
falls ja:
Haben Sie in den letzten 48 Stunden folgende
metforminhaltige Medikamente eingenommen?
(z.B. Avandamet, Biocos, Competact, Diabeformin, Diabesin,
Diabetase, Glucobon, Glucophage, Espa-Formin, Juformin,
Mediabet, Meglucon, Mescorit, Met, Metfedoc, Metformin,
Metfogamma, Siofor, Thiabet.) nein ja
10. Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? nein ja
11. Wurde die geplante Untersuchung schon einmal durchgeführt? nein ja
falls ja, wann und wo? _____

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

- Die Praxis darf die Befunde (inklusive Bildmaterial) der angeforderten Untersuchungen an den überweisenden Arzt weiterleiten. Die Datenweitergabe erfolgt zum Zwecke meiner Weiterbehandlung.
- Die Praxis darf die Befunde (inklusive Bildmaterial) vorheriger Untersuchungen durch den überweisenden Arzt und/oder andere Ärzte bzw. Leistungserbringer anfordern. Diese Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung in die Übermittlung meiner Daten dient allein dem Zwecke der Befundung. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich habe das Merkblatt „Praxisinformation Datenschutz“ im Wartebereich der Praxis zur Kenntnis genommen.

Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

(Bei Patienten unter 18 Jahren Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Nähere Erklärungen zur Untersuchung siehe Rückseite.