

## **Aufklärungsmerkblatt für die COMPUTERTOMOGRAFIE (CT):**

Sie sind von Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt zu einer Computertomografie-Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend den Fragebogen zu beantworten.

### **Was ist eine Computertomografie?**

Die Computertomografie (CT) ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder des Körpers angefertigt werden. Dadurch können wichtige Informationen über die Lage von Krankheitsherden gewonnen werden. Dies ist für die weitere Behandlung oft von entscheidender Bedeutung. Unsere Praxis verfügt über einen modernen Mehrzeilentomografen, mit dem in wenigen Sekunden die zu untersuchende Körperregion in höchster Detailgenauigkeit, jedoch mit geringer Strahlendosis, abgebildet werden kann.

### **Wie läuft die Untersuchung ab?**

Die Untersuchung dauert ca. 10 bis 20 Minuten. Im CT-Raum werden Sie auf einer speziellen Liege gelagert, die sich während der Untersuchung langsam durch die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Besonders wichtig ist, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegen bleiben. Je nach zu untersuchender Region, erhalten Sie während der Untersuchung Atemkommandos. Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht der Assistentin.

### **Wozu Kontrastmittel?**

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Ihnen eine Kontrastmittelspritze in den Arm verabreicht wird. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe erforderlich sein und helfen, krankhafte Veränderungen zu erkennen. Durch das Kontrastmittel kann bei manchen Untersuchungen die Aussagekraft verbessert werden.

### **Gibt es Komplikationen?**

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Injektion – zu Schmerzen, einem Bluterguß und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel kann Wärmegefühl während der Injektion, oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Nach Verabreichung des Kontrastmittels können auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Selten kann es während der Kontrastmittelinjektion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls Sie während der Kontrastmittelinjektion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort die Assistentin.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass ca. 97 % der Patienten Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04 % angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Das Risiko der Untersuchung ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr gering. Sollten jedoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen durch Ankreuzen zu beantworten.

## Fragebogen – COMPUTERTOMOGRAFIE:

NAME: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Lesen Sie zu Ihrer eigenen Sicherheit diesen Fragebogen gründlich durch und beantworten Sie gewissenhaft alle Fragen.

1. Haben Sie schon einmal eine Computertomografie gehabt? ja  nein
2. Haben Sie bei einer Computertomografie oder Röntgenuntersuchung- wie zum Beispiel Nierenröntgen, Venenuntersuchung oder Angiografie schon einmal ein Kontrastmittel erhalten? ja  nein
3. Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf? ja  nein   
Wenn ja, welche?
- Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl: ja  nein
  - Atemnot / Asthmaanfall: ja  nein
  - Hautausschlag: ja  nein
  - Schüttelfrost: ja  nein
  - Krampfanfälle / Bewusstlosigkeit: ja  nein
4. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?
- Diabetes: ja  nein
  - Asthma: ja  nein
  - Glaukom (grüner Star): ja  nein
  - Erkrankung der Schilddrüse: ja  nein
  - Erkrankung der Nieren: ja  nein
  - Erkrankung des Herzens: ja  nein
  - Morbus Kahler (multiples Myelom): ja  nein
5. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? ja  nein   
(z .B. Medikamenten-, oder Nahrungsmittelallergie, insbesondere Jodallergie)
6. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja  nein
7. Für Patientinnen: Könnten Sie schwanger sein? ja  nein
8. Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ja  nein

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text gelesen, verstanden und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Assistentin.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Patientin/en

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der RT