

Dr. med. Burckhardt Kietzmann

Facharzt für Diagnostische Radiologie & Neuroradiologie

Dr. med. Michael Trojan

Facharzt für Radiologie

Radiologische Gemeinschaftspraxis Schleswig - St. Jürgener Str. 1-3 - 24837 Schleswig



Patientenname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Untersuchung: _____

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern!

Bei Ihnen bzw. bei Ihrem Kind ist die Durchführung einer Computertomographie (CT) von Ihren behandelnden Ärzten vorgeschlagen worden. Zweck dieser Untersuchung ist ggf. der Ausschluss, die Feststellung bzw. die Verlaufsbeurteilung verschiedener Erkrankungen.

Die Computertomographie erzeugt computergestützt mittels Röntgenstrahlen Schichtbilder des Körpers bzw. der untersuchten Körperregionen. Zielsetzung ist dabei eine möglichst überlagerungsfreie Darstellung eventuell vorhandener Krankheitsareale bei Entzündungen, Tumoren oder Durchblutungsstörungen etc. In Abhängigkeit von der Körperregion bzw. der Fragestellung existieren unterschiedliche Untersuchungsmöglichkeiten. Für die Untersuchung werden Sie auf einen beweglichen Untersuchungstisch gelegt, an dessen Ende sich eine breite ringförmige Öffnung befindet. Während der Untersuchung werden Sie durch diesen Ring bewegt. In Abhängigkeit von der Untersuchungsregion müssen Sie dabei die vom Personal genannten Atemanweisungen bitte genau befolgen und ruhig bleiben. Die einzelnen Untersuchungsabschnitte dauern in der Regel bis ca. 30 Sekunden und sind selbst schmerzfrei.

Je nach Fragestellung wird Ihnen ggf. z.B. zur besseren Darmdarstellung ein bis zwei Stunden vor der Untersuchung ein wasserlösliches Kontrastmittel zum Trinken gereicht. Zumindest zwei Stunden vor der Untersuchung sollten Sie ansonsten bitte nichts mehr essen oder trinken. Zusätzlich wird in Abhängigkeit von der Untersuchungsregion bzw. der Fragestellung ein sogenanntes **Kontrastmittel** in die Vene injiziert. Sie erhalten hierfür eine kleine Venenverweilkanüle, vorzugsweise im Bereich der Ellenbeuge bzw. am Unterarm, ähnlich einer normalen Blutentnahme. Die Gabe des Kontrastmittels verbessert in bestimmten Fällen die diagnostische Aussage der angefertigten Bilder erheblich. Das Kontrastmittel ist jodhaltig. In seltenen Fällen können leichte **Unverträglichkeitsreaktionen** wie Hustenreiz, Niesen, Hautjucken, Quaddelbildung etc. auftreten. Bitte informieren Sie das Personal über bereits stattgehabte Kontrastmittelgaben oder gar ggf. bekannte **Kontrastmittelunverträglichkeiten** bzw. **Allergie gegen jodhaltige Substanzen** bzw. Vorliegen einer Neigung zu allergischen Reaktionen.

Ausgeprägte **Unverträglichkeitsreaktionen** mit Kreislaufversagen oder allergischen Schockreaktionen sowie bleibenden Organschäden sind sehr selten. Übelkeit und ggf. Erbrechen kann nach Kontrastmittelgabe gelegentlich vorkommen. Sehr selten kommt es durch die Kontrastmittelinjektion zu **Entzündungen** oder bei Einreißen der Vene zu **bleibenden Schäden an Weichteil- und Nervengewebe bzw. der Haut**. Selten kann sich eine vorbestehende **Schilddrüsenüberfunktion** oder eine **eingeschränkte Nierentätigkeit** durch die Kontrastmittelinjektion **verschlechtern**. Das zum Trinken gereichte wasserlösliche Kontrastmittel kann zu **Übelkeit** und **Durchfällen** führen.

Sollten Sie während oder nach der Untersuchung o.g. Veränderungen an sich bemerken, informieren Sie bitte das Assistenzpersonal unverzüglich.

Die Verabreichung von Röntgenstrahlung ist auch bei modernen Computertomographen technisch bedingt und unvermeidbar. Ein erhöhtes Risiko von Organschäden oder der Entstehung von Krebserkrankungen sind nicht auszuschließen. **Nutzen** und **Risiken** der gewählten Untersuchungsmethode müssen immer gegeneinander abgewogen werden.

Bei schwangeren Patientinnen besteht zusätzlich ein erhöhtes Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes.

Röntgen-Kontrastmittel sind **jodhaltig** und dürfen daher bei **Schilddrüsenüberfunktionen** nicht gegeben werden.

Neben der **Computertomographie** existieren noch weitere bildgebende Verfahren **ohne Anwendung von Röntgenstrahlen** wie **Sonographie (Ultraschalluntersuchung)** oder **Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie/MRT)**, die ggf. alternativ oder ergänzend zur Anwendung kommen. Weitere Bildgebung ist über **endoskopische Untersuchung** (z.B. Darmspiegelung) möglich. Je nach Fragestellung haben alle bildgebenden Verfahren Vor- und Nachteile in der Anwendbarkeit und der diagnostischen Genauigkeit etc. Für Ihren Fall hat Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen eine **Computertomographie** vorgeschlagen. Weitere Fragen hierzu werden gern mit Ihnen besprochen.

Bitte wenden!

Bitte beantworten Sie folgende Fragen - bitte ankreuzen:

1. Ist bei Ihnen eine **Kontrastmittelunverträglichkeitsreaktion** bekannt oder sind **Beschwerden** nach Kontrastmittelgabe aufgetreten? Ja Nein
Ja Nein
2. Sind **andersartige Unverträglichkeitsreaktionen** gegen bestimmte Nahrungsmittel, Medikamente oder Pflaster etc. bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

3. Neigen Sie zu **Asthma oder Heuschnupfen**? Ja Nein
4. Ist eine **Schwangerschaft** ausgeschlossen? Ja Nein
Stillen Sie? Ja Nein
Tag der letzten **Menstruation**? _____

5. Ist bei Ihnen eine **Schilddrüsenüberfunktion** bekannt oder bereits behandelt worden? Ja Nein
6. Leiden Sie an **Stoffwechselerkrankungen** wie z.B. **Zuckerkrankheit** oder andersartigen Erkrankungen an **Herz-/Kreislauforganen, Nierenleiden, bösartigen Erkrankungen** oder **Infektionskrankheiten** etc.? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

7. Ist Ihre **Nierenfunktion** beeinträchtigt? Ja Nein
Benötigen Sie regelmäßig **Dialyse**? Ja Nein
8. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Ihr **Körpergewicht**: _____ kg

Ihre **Körpergröße**: _____ cm

Vermerke:

Ich habe das Informationsblatt verstanden, fühle mich ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen. **In die oben genannte Untersuchung willige ich hiermit inklusive eventueller Kontrastmittelgabe ein.** Eine Kopie dieser Aufklärung wird Ihnen ausgehändigt. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Schleswig, _____

**Unterschrift Patient/in / Sorgeberechtigter /
gesetzlicher Vertreter**

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten und Befundberichte an andere mich behandelnde Ärzte/Ärztinnen, medizinische Einrichtungen oder Leistungserbringer, übermitteln darf sowie auch die Untersuchungsdaten/Bilder (MRT, CT, Mammographie oder Röntgen) den entsprechenden behandelnden Ärzten/Ärztinnen und medizinischen Einrichtungen bereitstellen darf. Es ist mir bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann.

Schleswig, _____

**Unterschrift Patient/in / Sorgeberechtigter /
gesetzlicher Vertreter**