

Name: _____
Vorname: _____
Geb.: _____
Größe: _____
Gewicht: _____

Termin : _____

Bitte 1 großes Handtuch mitbringen.

Patienteninformation – Computertomographie

Bei der Computertomographie werden mittels Röntgenstrahlen Schichtbilder des Körpers erstellt. Bitte liegen Sie ganz ruhig und beachten Sie mögliche Atemkommandos.

Bei einigen Fragestellungen lassen sich erst durch die Gabe eines Kontrastmittels krankhafte Veränderungen erkennen. Das Kontrastmittel wird über eine Armvene injiziert. Während bzw. unmittelbar im Anschluss an die Kontrastmittelgabe ist ein Wärmegefühl möglich. Gelegentlich kann es an der Einstichstelle zu einem Bluterguss kommen, sehr selten zu einer Infektion.

Kontrastmittel sind unbedenkliche, vielfach angewendete und gut erprobte Medikamente. In seltenen Fällen treten jedoch allergische Reaktionen auf. Betroffen sind meist Menschen, die bereits an einer Allergie leiden. Mögliche Reaktionen können Juckreiz, Hautrötung, Übelkeit und Erbrechen sein. Sehr selten sind Atem- und Herzkreislaufstörungen und lebensbedrohliche Komplikationen, die eventuell eine Weiterbehandlung erfordern.

Bei einigen, bereits bestehenden Allergien kann vorbereitend und begleitend ein Medikament verabreicht werden, um eine allergische Reaktion zu vermeiden. Auch diese Maßnahme ist nicht frei von jeglichem Risiko.

Bei bestimmten Krankheiten kann kein Kontrastmittel gegeben werden.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Bemerkungen - wann – welche ?

Sind Sie schon einmal im CT untersucht worden ? nein ja _____

Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten ?
(z.B. Nieren -, Gallen – oder Gefäßuntersuchung)? nein ja _____

Leiden Sie an einer Medikamentenallergie? nein ja _____

Leiden Sie an einer Lebensmittelallergie? nein ja _____

Leiden Sie an Heuschnupfen oder allergischem Asthma? nein ja _____

Sind andere Allergien bekannt? nein ja _____

Leiden Sie an Diabetes mellitus? nein ja _____

Nehmen Sie ein metforminhaltiges Medikament ein?

Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung? nein ja _____

Leiden Sie an einer Herz-, Kreislauf - oder Lungenerkrankung? nein ja _____

Besteht bei Ihnen die Krankheit „ Plasmozytom “ ? nein ja _____

Haben Sie eine Überfunktion der Schilddrüse? nein ja _____

Für Frauen im gebärfähigen Alter.
Besteht eine Schwangerschaft? nein ja _____

Haben Sie noch Fragen zur Untersuchung oder zu möglichen Kontrastmittelnebenwirkungen oder alternativen Untersuchungsmöglichkeiten? nein ja _____

Einverständniserklärung

Mit der Durchführung der Computertomographie und einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.
Ich habe diesbezüglich keine weiteren Fragen.

Rüdersdorf, den _____ Unterschrift des Patienten _____

Bitte geben Sie kurz Ihre Beschwerden an. Wurden Operationen in der zu untersuchenden Körperregion durchgeführt?

Unterschrift des Arztes _____