



Praxis für Radiologie
im Gesundheitszentrum Springpfuhl
Dr. med. Konstanze Schütze

Allee der Kosmonauten 47
12681 Berlin

??

CT -Aufklärungsbogen

Sehr geehrte/r ?? ??, ??

Sie wurden uns von Ihrem behandelnden Arzt zu Computertomographie (CT) überwiesen. Lassen Sie sich kurz über das Prinzip dieser Methode informieren.

PRINZIP -Methode der CT

Bei der Computertomographie handelt es sich um eine Kombination von Röntgen und Computertechnik. Die abzubildende Körperregion wird spiralförmig mit Röntgenstrahlenbündeln durchstrahlt, um Querschnittsbilder zu gewinnen. Dazu dreht sich das Mess-System (Röntgenröhre -Detektor) um den liegenden Patienten. Die gewonnenen Messdaten werden im Computer zu Bildern umgerechnet. Für die Untersuchung werden Sie auf einer bequemen Liege langsam durch die Öffnung des Gerätes hindurchgefahren, während Ihr Körper in den zu untersuchenden Regionen millimetergenau "abgetastet" wird. Auf diese Weise kann das Innere Ihres Körpers sehr zuverlässig und genau dargestellt werden. Unser moderner Spiral-Scanner erzeugt eine hohe Bildqualität und reduziert die Untersuchungsdauer und auch die Strahlenbelastung entsprechend den aktuellen Vorschriften. Aus den erzeugten digitalen Datensätzen lassen sich nach Bedarf 3D -Bilder rekonstruieren. Bestimmte diagnostische Fragestellungen, die sich meist vor, aber auch erst bei der Untersuchung ergeben können, machen die Anwendung eines jodhaltigen Kontrastmittels (KM) erforderlich. Dieses wird über eine Vene in das Blutgefäßsystem gespritzt. Entfernbare Zahnprothesen müssen vor KM -Gabe herausgenommen werden. Das Kontrastmittel ist im Allgemeinen gut verträglich. Selten kommt es aber zu Nebenwirkungen wie Übelkeit, Hautrötungen und Hitzegefühl. Sehr selten sind schwere Reaktionen, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen bzw. zu bleibenden Schäden führen können (ca. 0,04% der Fälle). Die meisten Patienten vertragen das Kontrastmittel gut. Ein leichtes, kurzzeitiges Wärmegefühl ist normal.

HINWEIS:

Vor einer intravenösen Kontrastmittelgabe ist es nicht zwingend notwendig nüchtern zu sein. Notwendige Medikamente dürfen eingenommen werden. Bei einer geplanten Untersuchung des Bauchraumes ist häufig das Trinken eines Darmkontrastmittels erforderlich. In diesem Fall berücksichtigen Sie bitte für die Einnahme des Kontrastmittels und die darauffolgende Untersuchung in Ihrer Tagesplanung einen ca. zweistündigen Aufenthalt in unserer Praxis. Für die Untersuchung mit Kontrastmittel benötigen wir zwei aktuelle Laborwerte: Kreatinin und TSH.

Dieser Aufklärungsbogen wird in unserem Praxisarchiv dokumentenecht abgelegt und kann jederzeit bei Bedarf für Sie ausgedruckt werden

Da die zeitliche Dauer einer CT-Untersuchung vorher nicht präzise festzulegen ist, kann unser Zeitplan schon einmal überschritten werden. Haben Sie bitte dafür Verständnis, wenn Ihnen trotz aller Vorkehrungen Wartezeiten entstehen!

Bitte beantworten Sie deshalb zur Überprüfung möglicher Risiken umseitig folgende Fragen:

??, ?? geb.am: ?? Telefonnummer:	Größe (cm): Gewicht (kg):
---	------------------------------

Ist bei Ihnen früher bereits eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel- Injektion in ein Blutgefäß vorgenommen worden? nein ja

Haben Sie Allergien?
wenn ja, welche? _____ nein ja

Leiden Sie unter Asthma? nein ja

Leiden Sie unter Heuschnupfen? nein ja

Leiden Sie unter erhöhtem Augeninnendruck (Glaukom)? nein ja

Leiden Sie an "Zuckerkrankheit" (Diabetes mellitus)? nein ja

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? nein ja

Gibt es Hinweise für eine Schwangerschaft / stillen Sie? nein ja

Leiden Sie an einer Überfunktion der Schilddrüse? nein ja

Hatten Sie Operationen am Kopf?
 (Nase, Augen, Ohr, Gehirn, Zähne, Gefäße)
wann/welche? _____ nein ja

Hatten Sie Operationen an der Wirbelsäule?
wann/welche? _____ nein ja

Hatten Sie andere Operationen?
wann/welche? _____ nein ja

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?
 (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc) nein ja

Leiden Sie an einem Phäochromozytom (Tumor der Nebenniere) oder an einer Myasthenia gravis (Autoimmunerkrankung/Muskelschwäche)? nein ja

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?
wann/welche? _____ nein ja

Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden??
wann? _____ nein ja

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin über die zu erfolgende Untersuchung und deren mögliche Gefahren unterrichtet worden und mit ihrer Durchführung einverstanden. nein ja

Wenn eine Notwendigkeit besteht, willige ich in eine intravenöse Kontrastmittel-Injektion ein. nein ja

Berlin, den ??

 Unterschrift Patient/ Sorgeberechtigten

 Unterschrift Arzt