

Computertomographie mit KM i.v. Patientenaufklärung

Crea
GFR
TSH
Voraufnahmen
wird von curavid ausgefüllt

Name / Vorname: _____**geb. am:** _____**Telefon:** _____**Größe:** _____**Gewicht:** _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr Arzt hat Ihnen die Durchführung einer CT (Computertomographie) empfohlen. Die Computertomographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, bei der Querschnittsbilder einer Körperregion angefertigt werden. Während der Untersuchung liegen Sie auf einem Untersuchungstisch, der sich durch eine breite ringförmige Öffnung (keine Röhre!) bewegt. Die Untersuchung dauert nur wenige Minuten und verursacht keine Schmerzen.

Die bei einer Computertomographie verabreichte Strahlendosis ist von verschiedenen Faktoren abhängig, insbesondere von der Untersuchungsregion und der Fragestellung. Sie ist aber höher als beim „normalen Röntgen“. Alternative Untersuchungen können der Ultraschall oder die Kernspintomographie sein. Der überweisende Arzt und der Radiologe haben Nutzen und Risiken der Computertomographie in Ihrem Falle sorgfältig geprüft und abgewogen.

Bitte beachten Sie auch das im Wartebereich ausliegende Informationsblatt „Nutzen und Risiko medizinischer Strahlenanwendungen in der Medizin“ des Fachverbands für Strahlenschutz e.V..

Nach der Untersuchung bekommen Sie einen QR-Code und einen Zugangslink, über die Sie und Ihr behandelnder Arzt die Bilder und den Befund abrufen können. Unabhängig davon bekommt Ihr zuweisender Arzt den Befund elektronisch zugestellt.

Intravenöse Kontrastmittel:

Bei vielen Fragestellungen ist es notwendig und sinnvoll, während der Untersuchung ein jodhaltiges Kontrastmittel in eine Armvene zu geben. Die Aussagekraft der Untersuchung wird hierdurch deutlich erhöht.

Während der Kontrastmittelgabe kann ein Wärmegefühl im Körper oder ein metallischer Geschmack im Mund auftreten. Diese Symptome sind harmlos und verschwinden nach wenigen Sekunden wieder.

Das Kontrastmittel wird nach der Untersuchung über die Niere ausgeschieden. Dafür ist es wichtig zu wissen, dass Ihre Niere gut funktioniert. Das sehen wir an speziellen Laborwerten (Kreatinin/GFR), die wir vor der Untersuchung brauchen. Diese Laborwerte dürfen nicht älter als 4 Wochen sein. Sie können die Ausscheidung des Kontrastmittels nach der Untersuchung unterstützen, indem Sie etwas mehr trinken als sonst.

Da das Röntgenkontrastmittel Jod enthält, ist es für uns wichtig zu wissen, dass bei Ihnen keine Schilddrüsenüberfunktion vorliegt. Wir benötigen dafür einen Laborwert („TSH“), der nicht älter als 6 Monate sein darf. Sollten Sie Schilddrüsenhormone aufgrund einer Schilddrüsenunterfunktion einnehmen, ist dies kein Problem. In Zweifelsfällen muss die Schilddrüsenfunktion vor der Untersuchung abgeklärt werden, um schwerwiegende Komplikationen zu vermeiden.

Sehr selten kann es zu allergischen Reaktionen auf das Kontrastmittel kommen. Diese sind im Einzelfall nicht vorhersehbar und können von leichtem Juckreiz bis zum Kreislaufschock reichen. Bitte teilen Sie uns unbedingt mit, ob Sie bereits früher einmal Kontrastmittel bekommen und ob Sie dieses vertragen haben.

In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass das injizierte Kontrastmittel nicht vollständig in die Vene gelangt, sondern sich in den Weichteilen des Armes verteilt. Normalerweise resorbiert sich das Kontrastmittel dort von selbst wieder. Weitergehende Maßnahmen wie z.B. eine operative Entlastung sind nur ausgesprochen selten notwendig. Bitte teilen Sie uns unbedingt mit, wenn sie während der Injektion Schmerzen am Arm verspüren, damit wir die Injektion sofort stoppen können.

Bitte beantworten Sie uns zu Ihrer und unserer Sicherheit folgende Fragen:

Gibt es von dem heutigen Untersuchungsbereich bereits Bilder? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: wann und wo?

.....

Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: was und wann?

.....

Sind oder waren Sie tumorkrank? ☐ ja ☐ nein

Welcher Tumor:

Behandelnde/r Onkologe/-in oder Facharzt/-ärztin:

Soll diese/r Arzt/Ärztin einen Befundbericht bekommen? ☐ ja ☐ nein

Wird aktuell eine Tumorthherapie durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: welche?

Könnte aktuell eine Schwangerschaft vorliegen oder stillen Sie? ☐ ja ☐ nein

Liegt eine Schilddrüsenfunktionsstörung (Über- bzw. Unterfunktion) vor?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

Schilddrüsenmedikamente?

Besteht eine Einschränkung der Nierenfunktion?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche:

Wurde bereits schon einmal eine Untersuchung mit Röntgenkontrast-Mittel bei Ihnen durchgeführt (z.B. CT, Herzkatheter)?

☐ ja ☐ nein

Traten bei früheren CT-Untersuchungen bzw. nach Kontrastmittelgaben allergische Beschwerden, wie z.B. Hautausschlag oder Kreislaufreaktionen auf?

☐ ja ☐ nein

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden.

☐ ja ☐ nein

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

☐ ja ☐ nein

Ich bin mit der Kontrastmittelgabe in die Vene einverstanden.

☐ ja ☐ nein

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

.....
.....
.....

.....
Datum, Unterschrift Patient/Patientin

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

.....
Ggf. Datum, Name/Vorname/Unterschrift
Gesetzliche/r Vertreter/in