

## Wichtige Informationen zur Computertomographie (CT)

Die Computertomographie (Abkürzung CT) ist ein modernes bildgebendes Verfahren, mit dem ein detaillierter Blick in den menschlichen Körper möglich wird. Eine Röntgenröhre umkreist den Patienten in gewissem Abstand und sendet gleichzeitig ein dünnes Röntgenstrahlenbündel aus. Der Röhre gegenüber liegen mehrere Detektorreihen, da es sich um ein sog. Mehrzeilen-CT-Gerät handelt. Dadurch können Körperorgane in jeder Schicht aus nahezu eintausend Richtungen aufgenommen werden. Während der Untersuchung liegen die Patienten meist in Rückenlage, seltener in Bauchlage auf einer schmalen Liege, die sich langsam in die ringförmige Öffnung (Gantry) des Gerätes hineinbewegt. Die Gantry ist mit ca. 70 cm Durchmesser relativ weit.

### **Vorbereitung auf die Untersuchung**

Untersuchungen des Kopfes (Schädel und Gehirn) sowie der Bandscheiben und Skelettanteile bedürfen keiner besonderen Vorbereitung. Für spezielle Untersuchungen des Ober-Bauches werden 1-1,5 Liter Wasser oder Kontrastmittel zum Trinken gereicht, um im Bild den Magen-Darm-Trakt abgrenzen zu können. Hier sollten Sie vier Stunden vor der Untersuchung nichts mehr essen.

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels erforderlich. Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag u. ä. Reaktionen kommen, die in der Regel rasch wieder abklingen. Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufs sowie schwere, lebensbedrohliche Reaktionen sind selten (1:50.000 bis 100.000), können aber zu einer intensiv medizinischen Behandlung oder in extrem seltenen Fällen zum Tod führen.

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen, die auf der nächsten Seite abgedruckt sind, möglichst genau zu beantworten.

Wenn Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, werden wir Ihnen diese selbstverständlich gerne beantworten. Weitere Informationen finden Sie auf unserem Patientenportal [www.radiologie.de](http://www.radiologie.de).

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten:

1. Ist bei Ihnen eine Allergie (z. B. Heuschnupfen, Medikamenten- oder Nahrungsmittelallergie, insbesondere gegen Jod) bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
2. Sind bei Ihnen schon Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel (z. B. Nieren- oder Gallenuntersuchung, Computertomographie, Gefäßdarstellung) durchgeführt worden? <b>Falls ja, sind dabei Unverträglichkeiten aufgetreten?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
3. Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion (sogenannter „heißer Knoten“)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4. Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5. Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (HIV, Hepatitis)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
6. Leiden Sie unter einer Herzrhythmusstörung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
7. Ist bei Ihnen Diabetes bekannt? <b>Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
8. Bestehen / bestanden Tumorerkrankung? <b>Wenn ja, welche?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
9. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
10. Haben Sie akute Beschwerden aufgrund eines Unfalls oder Sturzes? <b>Wenn ja, welche und seit wann?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
11. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
12. Bei Frauen: Stillen Sie momentan ein Kind?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
13. Sind Sie ggf. mit einer <b>Kontrastmittel-Gabe</b> einverstanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
14. Haben Sie einen Röntgenpass?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
15. Ihre Körpergröße: <input type="text"/> Ihr Körpergewicht: <input type="text"/>		

**Notizen:**

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet und ich habe eine Version des ausgefüllten Bogens erhalten. Mit der Durchführung der CT-Untersuchung bin ich einverstanden.

**Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)\* /Betreuer(in):**

**Datum, Unterschrift**

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Unverbindliches Muster, erstellt unter Best-Practice-Gesichtspunkten und aufgrund einschlägiger Erfahrungen. Keine Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit. Das vorliegende Muster dient der Patientenaufklärung im Rahmen diagnostischer Maßnahmen und ersetzt in keinem Fall die einer diagnostischen Maßnahme vorausgehende persönliche Befragung des Patienten und das individuelle therapeutische Gespräch. Alle Patientenangaben sind freiwillig. \*Grundsätzlich sollten beide Sorgeberechtigte unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten vor, so versichert der/die Unterzeichner/in, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt oder er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.