

# Patienteninformation zur Computertomographie

## - Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation -

**Bitte vor der Untersuchung durchlesen und die Fragen auf der Rückseite beantworten.**

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

### Technik

Mit der Computertomographie (CT) lassen sich überlagerungsfreie Bilder jeder gewünschten Körperregion gewinnen. Diese CT-Bilder erfassen Art und Ausdehnung krankhafter Veränderungen des Gehirns, innerer Organe, der Wirbelsäule und des übrigen Skelettes in der Regel wesentlich genauer als herkömmliche Röntgenbilder.



### Durchführung

Im CT-Raum werden Sie auf einem speziellen Tisch gelagert, der in die runde Öffnung der Abtasteinheit des Computertomographen (s. Bild) hineingefahren und so platziert wird, dass Sie sich automatisch in der für die Untersuchung richtigen Position befinden.

In der Abtasteinheit dreht sich während des Untersuchungsvorganges eine Röntgen-Röhre mit Mess-System für Sie unmerklich um Ihren Körper. Aus den hierbei ermittelten Messdaten berechnet der Computer in sekunden-schnelle überlagerungsfreie Querschnittsbilder der Untersuchungsregion.

Zur Vermeidung von Bewegungsunschärfen der CT-Bilder ist es unbedingt erforderlich, dass Sie während des Abtastvorgangs selbst kleinste Bewegungen vermeiden und ggf. erfolgende Atemkommandos befolgen.

Bei Untersuchungen der Bauch- und Beckenorgane erhalten Sie zur Steigerung des Informationsgehaltes bis zu 2 Stunden vor Beginn eine Kontrastmittellösung zum Trinken. Bei bestimmten Fragestellungen ist es erforderlich, zusätzlich Kontrastmittel in die Vene einzuspritzen.

### Welche Nebenwirkungen und Komplikationen können auftreten?

Die Strahlenbelastung durch die Computertomographie ist gering, in der Regel aber höher als bei herkömmlichen Röntgenuntersuchungen. Ihr Arzt ordnet eine Computertomographie nur dann an, wenn der höhere Informationswert die Strahlenbelastung rechtfertigt. Dabei wird er abwägen, ob er statt der CT- auch eine Ultraschalluntersuchung oder Kernspintomographie (MRT) einsetzen kann.

Bei Kontrastmittelinjektionen kann kurzfristig ein Wärmegefühl entstehen, das von selbst wieder verschwindet.

Bei der seltenen Überempfindlichkeit auf das Kontrastmittel können vorübergehend Schwellung, Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Schwindel, Erbrechen oder ähnliche leichtere Reaktionen auftreten. Schwerwiegende Komplikationen mit Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionen (Herz, Kreislauf, Atmung, Nieren) und bleibende Schäden (z.B. Organversagen, Lähmungen) sind extrem selten.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, gelegentlich auch zu einer Entzündung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls Sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, teilen sie uns dies bitte umgehend mit.

**Zur gezielten Untersuchungsplanung und exakten Auswertung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Deshalb bitten wir Sie um die Beantwortung der Fragen auf der Rückseite.**

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Telefon-Nr.:	_____

**- Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation -**

Bitte tragen Sie Ihr Alter ....., Ihre Größe ..... und Ihr Gewicht ..... ein.

**Zur Vermeidung von Risiken benötigen wir folgende Angaben:**

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Ist bei Ihnen eine <b>Kontrastmittel-Allergie</b> bekannt?<br>Wenn ja, bei welcher Untersuchung trat die Allergie auf? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ist eine andere <b>Allergie</b> bekannt? (Welche? Bitte ggf. Allergiepass vorlegen.)<br>.....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie eine <b>ansteckende Erkrankung</b> (z.B. Hepatitis, HIV)? Welche?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben oder hatten Sie eine <b>Schilddrüsenerkrankung</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben oder hatten Sie ein <b>Schilddrüsenkarzinom</b> ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie eine <b>Nierenerkrankung</b> ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Kreatininwert / eGFR:</b> ..... <b>TSH:</b> .....   |                          |                          |
| - Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht die Möglichkeit einer <b>Schwangerschaft</b> oder <b>stillen</b> Sie?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Welche <b>Medikamente</b> nehmen Sie ein? (Bitte ggf. Medikamentenplan vorlegen)<br>.....<br>.....                           |                          |                          |

**Folgende Fragen helfen uns, die Untersuchung möglichst exakt an Ihre Situation anzupassen:**

- Was ist der **Grund der heutigen Untersuchung** (Schmerzen, Erkrankung, Unfall?):  
.....  
.....
- **Voroperationen, schwere oder chronische Erkrankungen** (Welche? Wann?)  
.....  
.....
- Wurde die zu untersuchende Körperregion schon einmal untersucht (Röntgen, CT, MRT)? Falls Sie **Voraufnahmen oder Befunde** der zu untersuchenden Körperregion haben, legen Sie uns diese bitte vor. Wo können sonst ggf. Voraufnahmen oder Befunde angefordert werden?  
.....

Sollten Sie **weitere Fragen** haben, bitten wir Sie, uns diese **vor Untersuchungsbeginn** zu stellen. Wenn Sie mit der **Durchführung der geplanten Computertomographie und ggf. einer Kontrastmittelgabe einverstanden** sind, bitten wir Sie, uns dies durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Diese Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation wird im RNZ im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht archiviert und ist in dieser Zeit jederzeit abrufbar.

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
| Ich wünsche eine Kopie dieser Aufklärungs- und Einwilligungsdokumentation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt