

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin zu einer Computertomographie (CT)-Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Dieser Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.



Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert ☉ ca. 10 bis 20 Minuten. Im CT-Raum werden Sie auf einer speziellen Liege gelagert, die sich während der Untersuchung langsam durch die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Besonders wichtig ist, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegenbleiben, Bewegungen vermeiden und die Atemkommandos genau befolgen. Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht von Fachpersonal.



Wozu Kontrastmittel?

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Ihnen ein iodhaltiges Kontrastmittel in den Arm verabreicht wird. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe und anatomischer Körperstrukturen erforderlich sein und helfen, krankhafte Veränderungen zu erkennen.



Gibt es Komplikationen?

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Injektion – zu Schmerzen, einem Bluterguss und – sehr selten – zu einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel gelten das Auftreten von Wärmegefühl sowie ein bitterer Geschmack im Mund. Nach Verabreichung des Kontrastmittels können Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Sehr selten kommt es zum leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch bedingt zu geringen Beschwerden, sowie dem Auftreten

von Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Selten kann es während der Kontrastmitteldosis in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls Sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, das technische Fachpersonal.

Wissenschaftliche Untersuchungen¹ zeigen, dass ca. 97 % der Patienten Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04 % angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen, diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Das Risiko der Untersuchung ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr gering. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung. Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittelreaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

¹KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621 – 628)

1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Nierenröntgen (iv Urographie) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Gefäßröntgen (Angiographie/Herzkatheter) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

2. Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?

WENN JA, WELCHE?

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Asthmaanfall / Atemnot | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Hautausschlag / Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Asthma / Allergien (Medikamente, Jod, . . .) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • des Herzens | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • der Niere / Nebenniere | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| • M. Kahler (multiples Myelom) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

4. Leiden Sie an Diabetes mellitus und nehmen Sie Medikamente ein, welche als Wirkstoff Metformin enthalten?

z.B.: Glucophage®, Diabetex®, Metformin Arcana/Hexal/Sandoz

JA NEIN

5. Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

JA NEIN

IHRE DERZEITIGEN BESCHWERDEN SIND:

→ _____ → _____
 Größe Gewicht

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. Ich bin mit elektronischer Befund- und Bildarchivierung, medizinischer Datenabfrage und Weitergabe der Daten an andere behandelnde Ärzte einverstanden.

→ _____ → _____
 Name und Geburtsdatum des Patienten Datum

→ _____ → _____
 Unterschrift der/des Patientin/en bzw. des gesetzlichen Vertreters Name und Unterschrift des/der Arztes/MTD