

## Information zur Computertomographie

Barcode

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Patient,

Sie wurden von ihrer (m) Ärztin/Arzt zu uns überwiesen, um eine Computertomographie durchführen zu lassen. Die Computertomographie ist eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung, die eine überlagerungsfreie Darstellung der Organe ermöglicht.

Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege, die sich langsam durch den Tomographen (einen Ring) hindurchbewegt. Dabei sollten Sie nach Möglichkeit ruhig liegen bleiben und eventuelle Atemkommandos befolgen. Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei und dauert etwa 10 Minuten.

Bei speziellen Fragestellungen ist es notwendig, **Kontrastmittel** über eine Armvene in das Blutgefäßsystem zu spritzen. Dabei kann es gelegentlich zu einem vorübergehenden Wärmegefühl kommen, welches völlig harmlos ist und nach einigen Sekunden wieder vergeht. Selten kann es auch zu einer allergischen Reaktion (Überempfindlichkeit) kommen. Bitte melden Sie sich, wenn Sie während der Untersuchung etwas Außergewöhnliches verspüren, wie z.B. Juckreiz, Niesreiz oder Übelkeit.

Um einen **komplikationslosen Verlauf** der Untersuchung schon im Vorfeld ermöglichen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten (**Zutreffendes bitte ankreuzen**):

Ist bei Ihnen schon eine Computertomographie durchgeführt worden? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Sind Sie schon früher bei uns untersucht worden? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Haben Sie schon früher Röntgen-Kontrastmittel bekommen? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Wenn ja, wo / wann \_\_\_\_\_

Haben Sie es gut vertragen? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Ist eine **Unverträglichkeit/ Allergie** bekannt? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Kontrastmittel

Ist ein **Diabetes mellitus** bei Ihnen bekannt? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Wird dieser unter anderem mit dem Medikament **Metformin** behandelt? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Ist eine **Nierenerkrankung** bekannt? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Ist eine **Infektionskrankheit** bei Ihnen bekannt (z.B. Hepatitis, HIV usw.)? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? ja (\_\_\_) nein (\_\_\_)

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die Durchführung der Computertomographie und eventuelle Kontrastmittelgabe ein.

München, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Indikation zur Untersuchung durch fachkundigen Arzt geprüft: \_\_\_\_\_