



Aufklärungsbogen Computertomographie (CT)

Radiologie Traunstein Haslach

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Die **Computertomographie** ist eine spezielle **Röntgenuntersuchung**, die überlagerungsfreie Bilder aus jeder gewünschten Körperregion liefert.

Untersuchungsablauf:

Bevor die Untersuchung durchgeführt wird, müssen Sie alle metallischen Gegenstände, die sich im Untersuchungsbereich befinden abgelegt werden (z.B. Zahnprothesen, Ohrringe, Knöpfe an Kleidungsstücken). Unser Personal wird Ihnen dazu genauere Anweisungen geben.

Zur Untersuchung liegen Sie auf einer beweglichen Liege die sich durch eine **große Öffnung** bewegt. Eine Röntgenröhre mit Messsystem bewegt sich um Ihren Körper. Aus den Messdaten errechnet der Computer in sekundenschnelle Querschnittbilder, die anschließend von unserem Personal nachverarbeitet werden. Die Dauer beträgt je nach Untersuchung und Fragestellung

ca. 10 bis 20 Minuten.

Zur besseren diagnostischen Beurteilung und Abgrenzbarkeit der einzelnen Organe und Strukturen kann es notwendig sein, z.B. die Gefäße mit einem intravenös verabreichten Kontrastmittel darzustellen. Allergische Reaktionen sind sehr selten, aber nicht ganz auszuschließen. Mögliche Komplikationen: Kreislaufstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Juckreiz, Hautausschlag. **Bei Unwohlsein bitte sofort das Personal informieren.**

Um die Aussagekraft der Bilder zu erhöhen, kann es sein, das Sie 1 Stunde vor der Untersuchung eine Kontrastmittellösung trinken müssen.

Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten (zutreffendes bitte ankreuzen):

- tragen Sie eine Zahnprothese oder Hörgeräte? JA NEIN
- Leiden Sie an einer Allergie, Jod- oder Medikamentenüberempfindlichkeit?
Wenn ja, welche? _____ JA NEIN
- leiden Sie an Asthma bronchiale? JA NEIN
- wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung mit Kontrastmittel durchgeführt?
Falls ja, bei der Unverträglichkeiten aufgetreten sind? JA NEIN
- leiden Sie unter einer Schilddrüsen-Überfunktion? JA NEIN
- Nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse ein? JA NEIN
- Wenn ja, welche? _____
- leiden Sie an einer Nierenfunktionsstörung bzw. einem chronischen Nierenleiden? JA NEIN
- Sind Sie Diabetiker? JA NEIN
- Nehmen sie Medikamente wegen Diabetes mellitus ein?
Wenn ja, welche? _____ JA NEIN
- Ist eine ansteckende Infektionskrankheit bekannt? JA NEIN
- Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? JA NEIN
- **Stillen Sie?** JA NEIN
- Liegen aktuelle Laborwerte vor (nicht älter als 3 Monate)? Crea: _____, TSH: _____ JA NEIN

Körpergewicht: _____ kg

- **Ich habe den Aufklärungsbogen zur Kenntnis genommen und bin mit der Untersuchung und der eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.**
- **Ich bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen und Bilddateien an den Überweiser, evtl. den Hausarzt und im Behandlungsfall (Operation, Kontrollen) die die anfordernde Praxis oder das Krankenhaus gefaxt oder gemailt werden.**

Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r) / Arzt