



## AUFKLÄRUNGSBOGEN COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind von Ihrer behandelnden Ärztin / behandelnden Arzt zur Durchführung einer Computertomographie zu uns überwiesen worden. Dieses Gerät ist in der Lage, von der interessierenden Körperregion Querschnittsbilder zu erzeugen und dadurch einen krankhaften Befund überlagerungsfrei darzustellen. Dies kann für die weitere Behandlung oder den Ausschluss einer Verdachtsdiagnose von großer Bedeutung sein. In vielen Fällen kann es notwendig werden, ein Kontrastmittel über eine Vene einzugeben (intravenöse Injektion).

### Mögliche Komplikationen der intravenösen Injektion:

Die Notwendigkeit der intravenösen Kontrastmittelgabe entscheidet sich meist erst nach dem ersten Untersuchungsgang ohne intravenöses Kontrastmittel. Die intravenösen Kontrastmittel werden allgemein gut vertragen. Falls Sie überempfindlich oder allergisch sind, kann es zu Juckreiz, Hautveränderungen oder Brechreiz (leichtere Reaktionen) kommen, die unbedenklich sind. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen, z. B. des Kreislaufs oder der Atmung, die eine stationäre Behandlung erfordern und zu bleibenden Schäden führen könnten, sind außerordentlich selten.

### Um Ihr persönliches Risiko abschätzen zu können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

**Haben Sie bereits eine Röntgenuntersuchung mit intravenöser Kontrastmittelgabe gehabt?**

Ja und zwar im Jahr \_\_\_\_\_

Nein

**Gab es Komplikationen während oder nach dieser Untersuchung?**

Ja

Nein

**Haben Sie bereits eine CT-Untersuchung gehabt?**

Ja und zwar im Jahr \_\_\_\_\_

Nein

**Sind Sie allergisch veranlagt? (Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen bestimmte Medikamente)**

Ja und zwar \_\_\_\_\_

Nein

**Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?**

Ja und zwar \_\_\_\_\_

Nein

**Haben Sie eine schwere Erkrankung der Nieren?**

Ja und zwar \_\_\_\_\_

Nein

**Wie hoch ist Ihr Kreatininwert? \_\_\_\_\_**

**Sind Sie zuckerkrank? Wenn ja, nehmen Sie Medikamente ein?**

Ja und zwar \_\_\_\_\_

Nein

**Leiden Sie an einer chronischen Infektion wie Hepatitis, HIV, usw.?**

Ja und zwar \_\_\_\_\_

Nein

**Besteht eine Schwangerschaft?**

Ja

Nein

**Bitte geben Sie Ihr Gewicht und Ihre Körperlänge an:**

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Länge: \_\_\_\_\_ m

**Falls Sie diese Ausführungen nicht verstanden haben oder zusätzliche Auskünfte wünschen, sprechen Sie uns bitte an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.**

---

### Einverständniserklärung

Ich habe keine weiteren Fragen mehr. Mit der Untersuchung zu den oben genannten Bedingungen bin ich einverstanden und willige hiermit in die Durchführung der CT-Untersuchung ein. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.



**Name des Patienten** (bitte in Druckbuchstaben)

Alzey, Datum

Unterschrift Patient(in) / betreuende Person

Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_