

Aufklärungsbogen zur Computertomographie (CT)

Merkblatt/Aufklärung mit Einverständniserklärung

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer computertomographischen Untersuchung (CT) überwiesen. Diese Untersuchungsmethode ist eine besondere Form einer Röntgenuntersuchung, die es ermöglicht, Schnittbilder des Körpers in sehr guter Qualität herzustellen.

Zur Untersuchung werden Sie auf einer fahrbaren Liege in der ca. 70 cm großen Öffnung des Gerätes positioniert. Es handelt sich hierbei nicht um eine lange, enge Röhre, so daß Beklemmungsgefühle durch das Gerät nur sehr selten geäußert werden.

Während der Untersuchung, die ca. 5 – 15 Minuten dauern kann, bewegt sich der Untersuchungstisch mit Ihnen schrittweise vor und zurück. Sie selbst sollten dabei möglichst still liegen, da ansonsten einzelne Schichtbilder verwackeln und die Untersuchung eventuell wiederholt werden muss.

Kontrastmittel

Bei bestimmten Fragestellungen kann die Aussagekraft durch die vorherige intravenöse Injektion eines Kontrastmittels erheblich verbessert werden. Ob Kontrastmittel benötigt wird, ergibt sich oft erst während der Untersuchung. Dabei handelt es sich um jodhaltige Lösungen, die im Allgemeinen gut vertragen werden.

Bei Überempfindlichkeiten kann es jedoch gelegentlich zu Juckreiz, Hautausschlag, Übelkeit, Erbrechen und ähnlichen leichteren Reaktionen kommen, die meist von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen bis zum Herz-Kreislaufschock, die eine weitere Behandlung erforderlich machen oder gar bleibende Schäden verursachen, sind sehr selten. Bitte teilen Sie uns dennoch jede Art von Missempfindung während oder nach der Kontrastmittelgabe unverzüglich mit.

Bei der Infusion des Kontrastmittels kann es in seltenen Fällen zu Verletzungen des Gefäßes kommen, welches mit Schmerzen an der entsprechenden Infusionsstelle verbunden ist. **Bitte teilen Sie uns dies umgehend mit.**

Wenn Sie einen Allergiepass besitzen, legen Sie diesen bitte vor! Bitte legen Sie auch Ihren Röntgenpaß vor, damit wir die heutige Untersuchung vermerken können.

Um eventuelle Risiken durch die Untersuchung oder die Kontrastmittelgabe für Sie möglichst zu erkennen, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten:

1. Sind sie in den letzten 12 Monaten geröntgt worden? JA NEIN

Wenn ja, wann: wo:

was wurde geröntgt?

2. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen? JA NEIN

(z. B. bei Untersuchungen der Niere, der Galle oder bei Gefäßdarstellungen)

Wenn ja, haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen? JA NEIN

3. Sind bei Ihnen Allergien (z.B. Jodallergie), Überempfindlichkeiten bekannt? JA NEIN

Wenn ja, welche?

4. Wissen Sie von einer Schilddrüsenüberfunktion oder wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenfehlfunktion behandelt? JA NEIN

Bitte wenden →

5. Ist bei Ihnen ein Nierenleiden bekannt? JA NEIN
6. Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)? JA NEIN
 Wenn ja, welche Tabletten nehmen Sie ein? (z.B. Metformin)

7. Wurden Sie schon einmal operiert? JA NEIN
 Wenn ja, woran:.....
8. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? JA NEIN
 (z.B. Hepatitis, TBC, HIV)
9. Nur für Frauen im gebärfähigen Alter:
 a) Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt? JA NEIN
 Ungewiss
- b) Stillen Sie? JA NEIN

⇒ Hiermit verzichte ich auf den Erhalt einer Kopie bzw. eines Durchschlages des Aufklärungsbogens

Vor der Untersuchung:

Bitte entfernen Sie alle in der Untersuchungsregion liegenden Gegenstände, wie z.B. Uhr, Brille, Hörgerät, Gürtel, Ringe, Geldmünzen, Kleidungsstücke mit Metallteilen, Schlüssel, Kugelschreiber, Haarspangen, Anstecknadeln, Zahnprothese etc., da diese einerseits die Untersuchung stören andererseits ggf. Unfälle verursachen können. Bitte fragen Sie uns bei jedlich aufkommender Frage oder Unklarheit, bitte sprechen Sie uns an!

Einwilligung:

Diesen Aufklärungsbogen zur Computertomographie habe ich gelesen, verstanden und nach meinem besten Wissen beantwortet. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich keine weiteren Fragen habe und in die vorgeschlagene Untersuchung einwillige:

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift (Patient/Betreuer/Bevollmächtigter/Erziehungsberechtigter)

<p>Pflichtfeld für techn. Personal (Abrechnungsrelevant!)</p> <p>Region: _____ / Anzahl der Scans: _____</p> <p>_____ / _____ <input type="checkbox"/> nativ <input type="checkbox"/> art./p.v. <input type="checkbox"/> Spätph.</p> <p>_____ / _____ <input type="checkbox"/> nativ <input type="checkbox"/> art./p.v. <input type="checkbox"/> Spätph.</p> <p>_____ / _____ <input type="checkbox"/> nativ <input type="checkbox"/> art./p.v. <input type="checkbox"/> Spätph.</p> <p>Art und Menge des KM: i.v.: _____ ml</p> <p>oral: _____ ml</p> <p>rektal: _____ ml</p> <p>App. Medikamente: Buscopan 40mg / Prednisolut / Ranitic / Dormicum / Fenistil / Solu-Decortin / Mecain/ Triamhexal 40 / Bupivacain 0,25% / Heparin / Tavor</p> <p>Kurzanamnese / klinische Angaben: _____</p> <p>Untersuchungsanordnung: _____</p> <p>Befund: 1. mitgeben, Patient wartet 2. Schicken Bilder vorab als: <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> Folie</p> <p>3. Faxen 4. Wird abgeholt um _____ Uhr, am _____</p>	<p>Pat.-Name:</p> <p>geb.:</p> <p>oder Patientenaufkleber</p> <p>Krea / GFR: _____</p> <p>TSH: _____</p> <p>ft3 / ft4: _____</p>
--	--