

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. Die Positionierung erfolgt mittels Laser-Lichtvisier- bitte schließen Sie daher bei der Einstellung Ihre Augen! 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 Krankheitsbildern oder zur Diagnosesicherung kann die Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels i.v. notwendig sein.

Als selten vorkommende Überempfindlichkeit kann es zu Juckreiz, Hautausschlag, Übelkeit, Erbrechen oder ähnlichen leichteren Reaktionen kommen, die meist von selbst verschwinden. In sehr seltenen Fällen kann es zu einer Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) oder einer Nierenschädigung kommen.

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 vor, während oder nach der Kontrastmittelgabe unmittelbar mit.

Bei Diabetikern (Diabetes mellitus Typ 2), die den Wirkstoff Metformin zu sich nehmen, ist es wichtig, diese Substanz für mindestens 48 Stunden vor und nach der Untersuchung abzusetzen.

Bei der Infusion des Kontrastmittels kann es gelegentlich zu Reizungen oder Verletzungen des Gefäßes kommen, welches mit Schmerzen an der Infusionsstelle verbunden ist – bitte teilen Sie uns dies noch während der Infusion mit, damit wir den Zugang neu legen.

Bitte legen Sie uns in jedem Falle Ihren Allergie- und/oder Röntgenpass vor. Falls Sie keinen zur Hand haben, geben wir Ihnen gerne einen Röntgenpass.

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

1. Wurden Sie schon einmal operiert? JA NEIN

Wenn ja, woran:.....

2. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV etc.) bekannt? JA NEIN

Nur bei Kontrastmittelgabe bzw. potentieller Kontrastmittelgabe (im Zweifel jedoch bitte ausfüllen):

3. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel (z.B. zur Gefäßdarstellung etc.) bekommen? JA NEIN

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

4. Sind bei Ihnen Allergien (z.B. Jodallergie oder Überempfindlichkeiten auf Substanzen) bekannt? JA NEIN

Wenn ja, welche?

5. War oder ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? JA NEIN

Bitte wenden →

6. War oder ist bei Ihnen ein Nierenleiden bekannt? JA NEIN
7. Leiden Sie unter „Zucker“ (Diabetes mellitus)? JA NEIN

Wenn ja, welche Tabletten nehmen Sie ein (z.B. Metformin)?.....

8. Für die Geräteeinstellung & ggf. die Kontrastmittel-Dosierung benötigen wir noch Ihr Gewicht und die Größe:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

⇒ 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,

Nur für Frauen im gebärfähigen Alter:

Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt? Ungewiss JA NEIN

Stillen Sie? JA NEIN

Vor der Untersuchung:

Sie müssen in der Umkleidekabine alle in den Untersuchungsbereich hineinreichenden Metallteile (Uhr, Brille, Hörgerät, Gürtel, Ringe, Geldmünzen, Schlüssel, Kugelschreiber, Haarspangen, Kreditkarten etc.) ablegen, da diese die Untersuchung stören, Unfälle verursachen und zerstört werden können. Im Zweifel fragen Sie uns.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich keine weiteren Fragen habe und alle meine Fragen beantwortet wurden:

.....
Ort, Datum

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

Einwilligung:

Diesen Aufklärungsbogen zur CT-Untersuchung habe ich gelesen, verstanden und nach meinem besten Wissen beantwortet. Hiermit willige ich in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

.....
Ort, Datum

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

Pflichtfeld für techn. Personal (Abrechnungsrelevant!)

Region: / Anzahl der Scans:

_____ / _____ nativ art./p.v. Spätph.

_____ / _____ nativ art./p.v. Spätph.

_____ / _____ nativ art./p.v. Spätph.

Art und Menge des KM: i.v.: _____ ml

Krea / GFR: _____

oral: _____ ml

TSH: _____

rektal: _____ ml

fT3 / fT4: _____

App. Medikamente: Buscopan 40mg / Prednisolol / Ranitic / Dormicum / Fenistil / Solu-Decortin / Mecain/ Triamhexal 40 / Bupivacain 0,25% / Heparin / Tavor

Kurzanamnese / klinische Angaben: _____

Untersuchungsanordnung: _____

Befund: 1. mitgeben, Patient wartet 2. Schicken Bilder vorab als: CD PP Folie

3. Faxen 4. Wird abgeholt um _____ Uhr, am _____