

## AUFKLÄRUNGSMERKBLATT FÜR DIE COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

### Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin, zu einer Computertomographie (CT) – Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Dieser Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

### Was ist eine Computertomographie?

Die Computertomographie (CT) ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder des Körpers angefertigt werden. Dadurch können wichtige Informationen über die Lage von Krankheitsherden gewonnen werden. Dies ist für die weitere Behandlung oft von entscheidender Bedeutung.

### Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert ca. 10 - 20 Minuten. Im CT-Raum werden Sie auf einer speziellen Liege gelagert, die sich während der Untersuchung langsam durch die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Besonders wichtig ist, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegenbleiben, Bewegungen vermeiden und die Atemkommandos genau befolgen. Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht von Fachpersonal.

### Wozu Kontrastmittel?

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Ihnen eine Kontrastmittelspritze oder Infusion in den Arm verabreicht wird. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe und anatomischer Körperstrukturen erforderlich sein und helfen, krankhafte Veränderungen zu erkennen. Durch das Kontrastmittel kann bei manchen Untersuchungen die Aussagekraft verbessert werden.

### Gibt es Komplikationen?

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Injektion - zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf **Kontrastmittel** kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Nach Verabreichung des **Kontrastmittels** können auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, den Arzt.

Wissenschaftliche Untersuchungen<sup>1</sup> zeigen, dass ca. 97% der Patienten Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04% angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Das Risiko der Untersuchung ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr gering. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die umseitig angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

## HABEN SIE EINE DER FOLGENDEN UNTERSUCHUNGEN SCHON EINMAL GEHABT? ANMERKUNG

- |   |                               |                             |       |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Nierenröntgen (iv Urographie)               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Computertomographie mit Kontrastmittel (CT) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Darstellung der Beinvenen (Phlebographie)   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Gefäßröntgen (Angiographie/Cardiographie)   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |

## TRATEN NACH KONTRASTMITTELVERABREICHUNG NEBENWIRKUNGEN AUF?

- |                                    |                               |                             |       |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Nein      | <input type="checkbox"/> Ja   | Wenn ja, welche?            |       |
|                                    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Asthmaanfall / Atemnot             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Hautausschlag                      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Schüttelfrost                      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |

## SIND BEI IHNEN ERKRANKUNGEN BEKANNT?

- |  |                               |                             |       |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Asthma                                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Allergien, die einer Behandlung bedürfen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| des Herzens                              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Schilddrüse                              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Niere / Nebenniere                       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| M. Kahler (multiples Myelom)             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Zuckerkrankheit                          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? \_\_\_\_\_

## HABEN SIE ANGST IN ENGEN RÄUMEN (KLAUSTROPHOBIE)?

- |                               |                             |       |
|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
|-------------------------------|-----------------------------|-------|

## SIND SIE SCHWANGER?

- |                               |                             |       |
|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
|-------------------------------|-----------------------------|-------|

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text des Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Ich stimme der Durchführung der vorgesehenen Untersuchung zu.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Patientin / en  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des / der Arztes / in

\_\_\_\_\_  
Datum / Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift der / des MTD

**Wir bitten Sie dieses Formular vor der Untersuchung dem / der Assistenten / in zu übergeben.**

- ich habe keine weiteren Fragen
- ich habe weiteren Fragen und wünsche ein persönliches Gespräch mit dem / der Arzt / Ärztin zu führen

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name der / des Patienten / in:

Der Patient stimmt der Untersuchung zu  Nein  Ja

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der / die Patient / in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert. \_\_\_\_\_