

# Radiologie am Schlössle

**Dr. U. Knust-Dr. M. Deinzer-Dr. D. Schmidt**

**Dr. E. Kocer & Kollegen**

## **Ihr Termin:** \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie darum, Fremdaufnahmen und/oder Befunde von der zu untersuchenden Körperregion mitzubringen und diese bei der Anmeldung abzugeben.

Tel. Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

## **Patienteninformation und Aufklärung CT**

Die Computertomographie (CT) ist eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung. Eine Röntgenröhre umkreist die zu untersuchende Körperregion und sendet dabei dreidimensionale Querschnittsbilder an den Computertomographen.

Je nach Untersuchung erhält der Patient vor der Untersuchung ein orales Kontrastmittel zur Darstellung des Magen-/Darmtraktes. Zusätzlich ist bei einigen Untersuchungen die Gabe von intravenösem, jodhaltigem Kontrastmittel erforderlich.

Eine Reaktion auf das Kontrastmittel ist eher selten. Bei einer Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Hautausschlag, Juckreiz o.ä. Reaktionen kommen. Diese klingen aber in der Regel wieder rasch ab.

Um die Kontrastmittelausscheidung zu beschleunigen, sollten Sie nach der Untersuchung möglichst viel trinken (ca. 2-3 Liter Mineralwasser oder Tee).

### **Bitte beachten:**

Falls es sich um eine Kontrolluntersuchung handelt oder auswärtige Voraufnahmen vorliegen, sollten Sie diese zum Vergleich mitbringen.

Bitte bringen Sie zu ihrem Termin folgende Blutwerte mit (nicht älter als 6 Monate):

Kreatinin (Nierenwert)

TSH (Schilddrüsenwert)

**bitte wenden**

## Fragebogen (Anamnese)

Um Ihre Untersuchung besser planen zu können beantworten Sie bitte folgende Fragen.

Bitte zutreffendes ankreuzen

1. Besteht bei Ihnen eine Allergie (z.B. gegen Kontrastmittel oder Jod)?  ja  nein
2. Wurde Ihnen schon einmal ein Kontrastmittel verabreicht?  
Wenn ja, traten Nebenwirkungen auf?  ja  nein  
 ja  nein
3. Ist bei Ihnen eine Fehlfunktion der Schilddrüse bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, nehmen Sie Medikamente? Und welche? \_\_\_\_\_
4. Besteht bei Ihnen eine Augenkrankheit „grüner Star“ (erhöhter Augeninnendruck)?  ja  nein
5. Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?  ja  nein
6. Ist bei Ihnen persönlich ein Krebsleiden bekannt (auch in der Vorgeschichte)?  ja  nein
7. Sind Sie im zu untersuchenden Bereich bereits operiert worden?  ja  nein
8. Wurde bei Ihnen bereits eine Computertomographie durchgeführt?  ja  nein
9. **Frauen im gebärfähigen Alter:**
- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein  
Stillen Sie?  ja  nein

**Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und bin mit der Durchführung der Computertomographie einverstanden**  ja  nein

**Ich bin mit der Gabe eines intravenösen Kontrastmittels einverstanden**  ja  nein

Pforzheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigter \_\_\_\_\_

**Unterschrift Arzt/Ärztin** \_\_\_\_\_

Radiologie am Schlössle

Telefon: (07231) 38 66-0

Computertomographie: -17

Kiehnlestraße 14+15

Telefax: (07231) 38 66-22

75172 Pforzheim