

Radiologie am Schlössle

**Dr. H. Leibersperger-Dr. U. Knust-Dr. Dipl.-Phys. L. Fauser
Dr. M. Deinzer & Kollegen**

Ihr Termin: _____

Bitte bringen Sie zu diesem Termin ein großes Handtuch mit.

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

CT-Aufklärung

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 Durchführung 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:

- Kreatinin (Nierenwert)
- TSH (Schilddrüsenwert)

Diabetiker: Bei Einnahme von metforminhaltigen Medikamenten, ist es wichtig diese 2 Tage vor der Untersuchung abzusetzen.

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen sorgfältig, damit ein reibungsloser Ablauf gewährt ist. Zutreffendes bitte ankreuzen.

1. Besteht bei Ihnen eine Allergie (z.B. Medikamente, Kontrastmittel oder Jod)? [] ja [] nein

Wenn ja, welche? _____

2. Wurde bei Ihnen bereits eine Computertomographie durchgeführt? [] ja [] nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Wurde Kontrastmittel verabreicht? [] ja [] nein

Wenn ja, traten Nebenwirkungen auf? [] ja [] nein

Bitte wenden

3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankung (Über-oder Unterfunktion) ja nein

Nierenerkrankung (Nierensteine, Dialyse, Nierenentzündung) ja nein

Diabeteserkrankung ja nein
Wenn ja nehmen Sie metforminhaltige Medikamente? ja nein

4. Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. **Frauen im gebärfähigen Alter:**

Besteht die Möglichkeit einer 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

Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde ggf. Bilder an meine behandelnden Ärzte/Kliniken einverstanden

ja nein

Pforzheim, den _____

Unterschrift des Patienten _____

Unterschrift Arzt/Ärztin _____