



## 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 bis 15 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 Kontrastmittel in eine Armvene 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 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 das medizinisch-technische Personal.

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.

<sup>1</sup> KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621 - 628)

## CT-FRAGEBOGEN

Ihr Untersuchungstermin ist

am  um  Uhr.

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

### Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?

- Nierenröntgen / IVP                       Computertomographie  
 Darstellung der Beinvenen / Phlebographie       Gefäßröntgen (Angiographie/Cardangiographie)

### Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen?

Ja       Nein

#### **Wenn ja**, traten nach der Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf, wie z.B.?

- Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl  
 Asthmaanfall / Atemnot  
 Hautausschlag  
 Krampfanfälle / Bewusstlosigkeit  
 Schüttelfrost

### Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Allergien, die einer Behandlung bedürften? \_\_\_\_\_  
 der Nieren/Nebennieren  
 der Schilddrüse - Wenn ja, welche?       Überfunktion       Unterfunktion  
 Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)  
 Asthma  
 des Herzens  
 Zuckerkrank

### Sind Sie mit der Gabe von jodhaltigem Kontrastmittel einverstanden?

Ja       Nein

### Hiermit bestätige ich, dass ich seit 4 Stunden vor der Untersuchung nüchtern bin.

Ja       Nein

Für Patientinnen: **Könnten Sie schwanger sein?**

Ja       Nein

**Stillen Sie?**

Ja       Nein

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Der vorgeschlagenen Untersuchung stimme ich zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/in bzw. des/der Erziehungsberechtigten  
(bei PatientInnen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr)

Überprüfung der oben angeführten Punkte durch RT: \_\_\_\_\_

Vom Personal auszufüllen:

Krea: \_\_\_\_\_

GFR: \_\_\_\_\_

TSH: \_\_\_\_\_

B-Datum: \_\_\_\_\_