



## Aufklärungsbogen für Computertomographie (CT)

---

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer computertomographischen (CT-) Untersuchung überwiesen. Diese Untersuchungsmethode ist eine besondere Form der Röntgenuntersuchung. Mit Hilfe einer rotierenden Röntgenröhre werden Schichtaufnahmen des Körpers erzeugt und damit können krankhafte Veränderungen besser erkannt werden.

#### Untersuchungsablauf

Für die CT-Untersuchung, die etwa 5 bis 15 Minuten dauert, werden Sie auf einer fahrbaren Liege in der Öffnung des Gerätes positioniert. Während der Untersuchung bewegt sich der Untersuchungstisch mit Ihnen langsam vor oder zurück. Dabei sollten Sie möglichst still liegen, da sonst die Schnittbilder verwackeln und Teile der Untersuchung unter Umständen wiederholt werden müssen.

Je nach Untersuchungsregion werden wir Sie eventuell auffordern, für kurze Zeit den Atem anzuhalten.

#### Kontrastmittelgabe

Um die Aussagekraft der Untersuchung zu verbessern, kann es notwendig sein, ein Kontrastmittel zu injizieren. Dabei handelt es sich um eine jodhaltige Lösung, die im Allgemeinen gut vertragen wird. Eventuell kann dabei ein kurzzeitiges Wärmegefühl auftreten, was jedoch harmlos ist und kein Zeichen einer Unverträglichkeit darstellt.

Das Kontrastmittel wird normalerweise vollständig über die Nieren ausgeschieden. Wegen einer möglichen Verschlechterung der Nierenfunktion durch das injizierte Kontrastmittel sollten Sie, wenn keine anderen ärztlichen Anweisungen vorliegen, nach der Untersuchung etwa 1-2 Liter Flüssigkeit trinken.

#### Risiken der Untersuchung

Sehr selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Kontrastmittel auf, die sich als Juckreiz, Hautauschlag und ähnliche leichtere Reaktionen äußern und von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende Reaktionen, die eine weitere Behandlung notwendig machen oder gar bleibende Schäden verursachen, sind extrem selten.

Bei der Röntgenuntersuchung wird der Körper einer geringen Strahlendosis ausgesetzt. Im Falle einer Schwangerschaft besteht das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes und es sollten nach Möglichkeit andere Untersuchungsverfahren eingesetzt werden (z.B. Ultraschall oder MRT).

#### Handschriftliche Ergänzungen:

**Angaben zu bestehenden Risiken**

- Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ..... **Ja**  **Nein**
- Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel  
Reaktionen auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)? ..... **Ja**  **Nein**
- Besteht eine Schwangerschaft  
(nur für Frauen im gebärfähigen Alter)? ..... **Ja**  **Nein**

**Liegt bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten vor:**

- Überfunktion der Schilddrüse ..... **Ja**  **Nein**
- Nierenfunktionsstörung ..... **Ja**  **Nein**
- Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) ..... **Ja**  **Nein**

Wenn ja, bitte genaue Angaben: .....

- Zuckerkrankheit ..... **Ja**  **Nein**
- (Falls Sie bei der Untersuchung Kontrastmittel erhalten, müssen Blutzuckertabletten mit dem Wirkstoff **Metformin** nach der Untersuchung am Untersuchungstag und 2 weitere Tage abgesetzt werden z.B. Diabesin, Glucophage, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Met, Metform, Metformin, Siofor, Thiabet)

**Angaben zu Voruntersuchungen**

- Wurde in letzter Zeit eine Röntgen- oder CT-Untersuchung der gleichen Körperregion durchgeführt?..... **Ja**  **Nein**

Wenn ja, bitte genaue Angaben: .....

**Datenschutzerklärung**

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis am Kulturbahnhof in Kassel zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die erstellten Untersuchungsbefunde an die weiterbehandelnden Ärzte weiterleiten darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. ....**Ja**  **Nein**

**Einwilligungserklärung**

Ich bin über den Hergang und die oben genannten Risiken der Computertomographie-Untersuchung sowie einer ggf. erforderlichen Kontrastmittelgabe aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen mehr. Mir ist bekannt, dass Komplikationen auftreten können. Alle mir bekannten Leiden, besonderen Reaktionsweisen (Allergien) und Medikamenteneinnahmen habe ich genannt.

**Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit meine Einwilligung zu der Untersuchung.**

**Kassel, den** \_\_\_\_\_  
 Datum                      Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer                      Arzt

**Aufklärungsunterlagen**

Ich wurde darüber informiert, dass ich nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe.

- Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens..... **Ja**  **Nein**

**Im Falle von „Ja“ bestätige ich eine Kopie erhalten zu haben.**

**Kassel, den** \_\_\_\_\_  
 Datum                      Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer                      Arzt