



## Aufklärungsbogen

### Computertomographie (CT)

---

#### *Computertomographie – was ist das?*

---

Die Computertomographie verwendet Röntgenstrahlen, um Schichtaufnahmen des Körpers zu erstellen. Die Bildberechnung am Computer führt zu einer sehr genauen Darstellung der Organe.

---

#### *Was kommt auf Sie zu?*

---

Sie müssen für ca. 10 Minuten in einem ringförmigen Gerät liegen, das vorne und hinten offen ist. Während der Untersuchung müssen Sie unter Umständen für kurze Zeit die Luft anhalten. Atemanweisungen hören Sie über einen Lautsprecher.

---

#### *Warum Kontrastmittel?*

---

Abhängig von der Fragestellung kann es notwendig sein, Ihnen während der Untersuchung ein Kontrastmittel in die Armvene zu spritzen. Dieses jodhaltige Kontrastmittel ist in der Regel sehr gut verträglich. Bei Überempfindlichkeit kann es jedoch gelegentlich zu Juckreiz, Hautausschlag, Übelkeit und ähnlichen leichteren Reaktionen kommen, die meist von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende allergische Reaktionen, die eine weitere Behandlung erforderlich machen (Atemnot, Herz-Kreislaufreaktion), sind extrem selten. In seltenen Fällen kann das injizierte Kontrastmittel in das Gewebe neben die punktierte Vene gelangen und eine Schwellung und Schmerzen verursachen. Sollten Sie sich während oder nach der Injektion unwohl fühlen, teilen Sie uns dies bitte sofort mit.

---

#### *Bitte beantworten Sie folgende Fragen:*

---

1. Name:

\_\_\_\_\_

2. Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

3. Größe:

Gewicht:

\_\_\_\_\_cm

\_\_\_\_\_kg

4. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kontrastmitteluntersuchung der Nieren, Blutgefäße, Gallenwege oder anderer Organe durchgeführt?

Nein

Ja

5. Ist bei Ihnen eine Allergie gegen Kontrastmittel bekannt?

Nein

Ja

6. Leiden Sie an Heuschnupfen, Asthma oder sonstigen Allergien?

Nein

Ja



Wenn ja, an welchen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Haben Sie eine schwere Lungen- oder Herz-Kreislauf-Erkrankung?

Nein

Ja

\_\_\_\_\_

8. Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung?

Nein

Ja

bitte wenden



9. Sind Sie zuckerkrank?

Nein  Ja



Wenn ja, nehmen Sie dagegen Tabletten ein?

Nein  Ja



Welches Präparat?

\_\_\_\_\_

10. Leiden Sie an der Krankheit „Plasmozytom“ (bösartige Bluterkrankung)?

Nein  Ja

11. Leiden Sie an einem Glaukom (Grüner Star)?

Nein  Ja

12. Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis o. ä.)?

Nein  Ja

13. Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?

Nein  Ja

14. Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?

Nein  Ja

15. Besteht eine Schwangerschaft?

Nein  Ja

**Wichtig:**

Wenn Sie Fragen zur Untersuchung, zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, beantworten wir sie Ihnen gerne. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen.

Laborwerte

TSH [ $\mu$ U/ml]: \_\_\_\_\_

S-Kreatinin [mg/dl]: \_\_\_\_\_

GFR [ml/min/1,73m<sup>2</sup>]: \_\_\_\_\_

Anmerkungen

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

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Einverständniserklärung**

Mit der Computertomographie und der evtl. erforderlichen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe ich erhalten / möchte ich nicht erhalten.

Hannover, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_