

Aufklärungsbogen zur Computertomographie



Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr _____,

bei einer Computertomographie handelt es sich um ein modernes bildgebendes Verfahren, mit dem ein detaillierter Blick in den menschlichen Körper möglich ist. Die bildliche Darstellung des gewünschten Organs erfolgt mittels Verwendung von Röntgenstrahlen. Die Strahlenbelastung ist je nach angeforderter Untersuchung unterschiedlich, jedoch liegt sie immer in einem medizinisch vertretbaren Bereich.

Mit der Computertomographie kann die zu untersuchende Körperregion in wenigen Sekunden in höchster Detailgenauigkeit abgebildet werden.

Für ein bestmögliches Untersuchungsergebnis sollten Sie

- Ruhig und entspannt liegen
- Eventuelle Atemkommandos oder andere Anweisungen befolgen

In manchen Fällen ist möglicherweise erforderlich, ein jodhaltiges Kontrastmittel in eine Vene zu spritzen. Hierbei wurden, trotz millionenfacher Anwendung, nur gelegentlich geringfügige Nebenwirkungen, wie z. B. Übelkeit und selten allergische Reaktionen, festgestellt.

Nach dem Spritzen des Kontrastmittels kann es Ihnen sehr warm werden. Dieser Effekt lässt aber bereits nach kurzer Zeit wieder nach.

Bei Untersuchungen des Bauchraumes ist es zusätzlich notwendig, eine gewisse Zeit vor Untersuchungsbeginn eine Flüssigkeit zu trinken, um die Darmschlingen von krankhaften Veränderungen abgrenzen zu können.

Bitte informieren Sie uns bereits vor der Untersuchung, wenn bei Ihnen eine Allergie gegen jodhaltige Kontrastmittel oder sonstige Allergien vorliegen. Des Weiteren geben Sie uns bitte bekannt, ob Sie an einer Überfunktion der Schilddrüse oder an einer Nierenerkrankung leiden. Wenn Sie wegen eines Diabetes sogenannte metforminhaltige Tabletten einnehmen, geben Sie dies bitte bereits bei der Anmeldung bekannt.

Ist die Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels erforderlich, bringen Sie bitte aktuelle Blutwerte (Kreatinin und TSH) mit.

Ich wurde über die Untersuchung aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen. Mit der Untersuchung sowie einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Nach ausführlicher Aufklärung lehne ich die Untersuchung ab. Über die möglichen, sich daraus ergebenden Nachteile wurde ich informiert.

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Unterschrift Ärztin / Arzt

Fragebogen zur Computertomographie



Name	_____
Vorname	_____
Geb.-Datum	_____

Straße	_____
PLZ / Ort	_____
Telefon	_____
Krankenkasse	_____

Wir bitten Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Sollten Sie Unterlagen mitgebracht haben, die Ihre Untersuchung betreffen (Vorbefunde, Röntgenbilder etc.), händigen Sie diese bitte dem Praxispersonal aus.

1. Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung? Ja Nein

2. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

3. Ist bei Ihnen ein multiples Myelom bekannt? Ja Nein

4. Besteht eine Allergie gegen Röntgenkontrastmittel? Ja Nein

5. Sind bei Ihnen sonstige Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

6. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

7. Sind bei Ihnen übertragbare Infektionen bekannt (HIV, Hepatitis ...) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

8. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

9. Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)? Ja Nein

Wenn ja,

haben Sie in den letzten 48 Stunden metforminhaltige Medikamente eingenommen

Ja Nein

(z. B. Avandamet, Biocos, Competact, Diabeforin, Diabesin, Diabetase, Glucobon, Glucophage, Espa-Formin, Juformin, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Met, Metfedoc, Metformin, Metfogamma, Siofor, Thiabet)?

10. Wurde die geplante Untersuchung schon einmal durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann und wo? _____

Einverständniserklärung:

Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung und der eventuellen intravenösen Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels einverstanden.

Eine Kopie des Aufklärungsbogens kann ich auf Wunsch erhalten.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Bilder und Befunde an meine behandelnden Ärzte einverstanden, auch bei einer nachträglichen Anforderung.

Fehlendem Überweisungsschein bitte innerhalb von 10 Tagen nachreichen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Vom Arzt auszufüllen

Kreatinin: _____ vom _____ TSH: _____ vom _____

Schein: Ja Nein PP BG Station KH

ISDN / Dicom / Papier / CD / KM i. v. _____ ml / KM oral _____ ml / Valium _____ ml