

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

bei Ihnen soll eine Computertomographie durchgeführt werden.

Die Computertomographie ist eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung, bei der Schichtbilder erzeugt werden. Daraus können Informationen u.a. über Art und Lage eines Krankheitsprozesses gewonnen werden.

Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege und werden langsam durch einen 70 cm großen Ring hindurchgefahren. Damit die Bilder nicht verwackelt werden, sollten Sie ruhig und entspannt liegen bleiben.

Falls Probleme auftreten, haben Sie jederzeit die Möglichkeit, über ein Mikrofon mit dem Personal zu sprechen. Während der Aufnahmezeiten, die jeweils nur wenige Sekunden dauern, achten Sie bitte auf etwaige Atemkommandos.

Die Gesamtdauer der Untersuchung beträgt je nach Fragestellung 5-10 Minuten.

In manchen Fällen ist es erforderlich, über eine Vene ein **jodhaltiges Kontrastmittel** zu spritzen. Bei Bauch- und Beckenuntersuchungen muss unter Umständen auch Kontrastmittel getrunken werden. Das Kontrastmittel ist in der Regel gut verträglich. Häufig und unproblematisch sind während der Untersuchung ein vorübergehendes Wärmegefühl oder selten auch das Gefühl, Urin zu verlieren (was natürlich jedoch nicht passiert). Metallischer Geschmack oder ein leichtes Unwohlsein sind ebenfalls unproblematische vorübergehende Nebenwirkungen. In seltenen Fällen kann es zu allergischen Reaktionen kommen.

Aufgrund des Jod-Gehaltes des Kontrastmittels muss eine Schilddrüsenüberfunktion ausgeschlossen sein, ebenso vorangegangene allergische Reaktionen gegen Jod-haltiges Kontrastmittel sowie eine Nierenfunktionsstörung.

Für die Untersuchung mit **Jod-haltigem Kontrastmittel** sind daher folgende Informationen sehr wichtig:

- a) **Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen ?**
- b) **Gab es dabei irgendwelche Reaktionen ?**
- c) **Besteht eine Schilddrüsenüberfunktion, Schilddrüsenkrebs (auch der Verdacht!) ?**
- d) **Besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion ?**
- e) **Nehmen Sie Metformin-haltige Medikamente ein (Diabetes) ?**

Um Risiken rechtzeitig erkennen zu können, möchten wir Sie bitten, uns dazu vorab folgende Fragen auf der Rückseite zu beantworten.

**Bitte wenden**

Name :

Vorname :

Tel. :

Geb. :

Größe :

Gewicht :

Beruf :

Zutreffendes bitte ankreuzen / ausfüllen

Bestehen Allergien gegen Kontrastmittel, Jod, Medikamente ?

 ja  nein

Sind andere Allergien bekannt ?

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor ?

 ja  nein

Wenn Ja, welche ? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse ein ?

 ja  nein

Wenn Ja, welche ? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenoperation oder Radiojodbehandlung geplant ?

 ja  nein

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit) ?

 ja  nein

Wenn Ja, welche Medikamente nehmen Sie ? \_\_\_\_\_

Ist eine Erkrankung der Nieren bekannt ?

 ja  nein

Wenn Ja, welche ? \_\_\_\_\_

Hatten / Haben Sie bösartige Tumorerkrankungen ?

 ja  nein

Wenn Ja, welche ? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Infektionskrankheiten ( z.B. Hepatitis, HIV, TBC)

 ja  nein

Haben Sie einen Röntgen- oder Allergiepass ?

 ja  nein

Gab es Voruntersuchungen (Röntgen, CT, MRT) ?

 ja  nein

Wenn Ja, welche ? \_\_\_\_\_

**Bei Frauen:** Könnte eine Schwangerschaft bestehen ? ja  nein

Welche Beschwerden haben Sie ? \_\_\_\_\_

Der schriftliche Befund Ihrer Untersuchung wird an den überweisenden Arzt geschickt.

Ich bin mit der **Übermittlung** meiner Bilder und Befunde (sowie ggf. Voruntersuchungen) an meine behandelnden Ärzte **einverstanden** (Dieses Einverständnis ist widerrufbar).  ja  nein

Sind Sie, wenn erforderlich, mit einer **Kontrastmittelgabe** einverstanden?  ja  nein

Den Anamnesebogen habe ich gelesen und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet und mir eine Kopie des ausgefüllten Bogens übergeben.

Datum: \_\_\_\_\_  
 (Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter) (Unterschrift Arzt / Ärztin)

**Bei minderjährigen Patienten:**

Mit der Durchführung der Untersuchung und einer eventuell notwendigen Kontrastmittelgabe bei meiner Tochter / meinem Sohn bin ich einverstanden

\_\_\_\_\_ (Unterschrift Sorgeberechtigte/r )