

**Aufklärungsbogen zur CT (Computertomographie)**

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Voraufnahmen der Untersuchungsregion vorhanden?  Ja: \_\_\_\_\_  Nein  
 Falls vorhanden, bitte in der Anmeldung abgeben.

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Allergie oder Überempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Kontrastmitteln <input type="checkbox"/> Sonstiges _____            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Frühere Kontrastmittelreaktion: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Einschränkung der Nierenfunktion/Leberfunktion: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion oder sogenannte „heiße Knoten“?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist bei Ihnen Diabetes bekannt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Falls ja, welches Medikament nehmen Sie ein? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Krebserkrankung/Tumore: welche: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tumor-Therapie? <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurden Sie am Herzen oder Kopf operiert? Andere OP: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Chronische Krankheiten: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Stillen Sie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Platzangst (Klaustrophobie)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Medikamente: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung:** Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden sowie den Fragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt. Ich bin über die geplante Untersuchung, mögliche Risiken und Komplikationen umfassend informiert und aufgeklärt. Ich habe mir meine Einwilligung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige in die Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

**Datenverarbeitung:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Vorbefunde und -aufnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen angefordert werden dürfen. Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnden Ärzte oder konsiliarische Ärzte einen Befund erhalten. Bilder und Befunde dürfen an mich oder mitbehandelnde Ärzte per Brief, Fax, hybrider Zustellung per epost, Zuweiserportal oder gesicherter Email weitergeleitet werden. Gemäß DSGVO bin ich mit der Speicherung und Weiterverarbeitung meiner Daten im Rahmen der Bildauswertung, Befunderstellung und Befundverteilung einverstanden. Aus Gründen des Umweltschutzes benötige ich keine Kopie des Aufklärungsbogens.

Ort, Datum	Patientin/Patient (Sorgeberechtigter/Betreuer)	Ärztin/Arzt

Nur im Fall der Ablehnung:

Patientin/Patient (Sorgeberechtigter/Betreuer)

---

## **Aufklärungsbogen zur CT (Computertomographie)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

bei Ihnen oder Ihrem Kind soll eine CT (Computertomographie) durchgeführt werden. Bitte lesen Sie den Bogen aufmerksam durch. Die CT ist ein modernes Untersuchungsverfahren, welches mit Röntgenstrahlung arbeitet. Mithilfe von Röntgenstrahlen werden schichtweise Körperregionen als Querschnittsbilder detailliert dargestellt.

### **Untersuchungsablauf:**

Untersuchungen des Kopfes (Schädel und Gehirn) sowie der Skelettanteile, wie z. B. der Wirbelsäule und Gelenke bedürfen normalerweise keiner besonderen Vorbereitung. Sofern von uns nicht anders mitgeteilt, benötigen Untersuchungen, die mit einer Kontrastmittelapplikation durchgeführt werden, im Vorfeld eine Blut-Laboruntersuchung. Benötigt werden Ihr Kreatinin- und TSH-Wert, die nicht älter als 3 Monate alt sein sollten. Bestehen bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion und/oder eine Schilddrüsenüberfunktion, sollten Sie aktuelle Blutwerte zur Untersuchung mitbringen.

Während der Untersuchung liegen Sie meist in Rückenlage auf einer Liege, die sich langsam in die ringförmige Öffnung (Gantry) hineinbewegt. Eine Röntgenröhre umkreist Sie währenddessen und sendet Röntgenstrahlen. Mithilfe der gegenüber der Röntgenröhre liegenden Detektoren werden Körperregionen aufgenommen. Sowohl die Röntgenröhre als auch die Detektoren befinden sich innerhalb des Gerätegehäuses und sind von außen nicht sichtbar. Im Untersuchungsraum ist es hell und der Computertomograph ist zu den Füßen und zum Kopf hin offen. Während der Untersuchung können wir Sie sehen. Zusätzlich ist die Gegensprechanlage eingeschaltet, damit Sie ggfs. auf sich aufmerksam machen können. Die Untersuchung dauert je nach Fragestellung ca. 5-10 Minuten.

Für eine gute Bildqualität ist es wichtig, dass Sie während der gesamten Untersuchung ruhig liegen. Hierdurch können Sie die Bildqualität und somit die Auswertungsmöglichkeit Ihrer Untersuchung positiv beeinflussen. Ebenso wird dadurch die evtl. nötige Wiederholung dieses bildgebenden Verfahrens verhindert.

### **Kontrastmittel:**

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise eine Kontrastmittelapplikation nötig. Evtl. kann dies auch erst während der Untersuchung entschieden werden. Die Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels erfolgt über eine Armvene (intravenös).

Für Untersuchungen des Bauches und Beckens werden meist zusätzlich 1-2 Liter Kontrastmittellösung zum Trinken gereicht, um im Bild den Magen-Darm-Trakt abgrenzen zu können. Diese Art des Kontrastmittels ist ebenfalls jodhaltig.

Die von uns verwendeten Kontrastmittel sind im Allgemeinen sehr gut verträglich. Sehr selten kommt es zu leichten Nebenwirkungen wie Juckreiz, Übelkeit, Hautausschlag u. ä. Stärkere allergische Reaktionen lassen sich niemals komplett ausschließen, sind aber äußerst selten.

Nach einer Untersuchung mit Kontrastmittel sollten Sie viel trinken, damit das Kontrastmittel schnell wieder ausgeschieden werden kann. Berücksichtigen müssen Sie hier allerdings von Ihrem Hausarzt evtl. empfohlene Trinkmengenbegrenzungen, z.B. bei Herzinsuffizienz.

### **Nebenwirkungen:**

Selten kann es zu Komplikationen mit dem Kontrastmittel kommen, z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Hautrötung, Kollaps, sehr selten schwere allergische Reaktionen mit bleibenden Schäden. In der Regel wird das Kontrastmittel sehr gut vertragen. Gelegentlich kann es zu Blutergüssen, Gewebe- oder Nervenschäden und Infektionen infolge der intravenösen Injektion kommen. Durch das Kontrastmittel kann es zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion oder Überfunktion der Schilddrüse kommen, insbesondere bei Vorschädigung. Die CT hat aufgrund der Röntgenstrahlen eine Strahlenbelastung. Somit ist insbesondere bei Jüngeren ein erhöhtes Krebs- bzw. Leukämierisiko nicht auszuschließen. Teilen Sie uns bitte unbedingt mit, falls Sie schwanger sein könnten.