

NAME: _____

AUFKLÄRUNGSBLATT FÜR CT: CEREBRUM

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt zu einer Untersuchung Ihres Kopfes - mittels Computertomographie - überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Da diese Untersuchung die Verabreichung eines Kontrastmittels voraussetzt, wird Ihnen ein venöser Zugang gesetzt. Durch diesen Zugang wird Ihnen Kontrastmittel gespritzt und somit kann man die anatomischen Körperstrukturen und eventuelle krankhafte Veränderungen darstellen. Durch die Gabe des Kontrastmittels wird die Aussagekraft der Untersuchung wesentlich verbessert.

An der Einstichstelle des Zugangs kann es – wie bei jeder Injektion – zu Schmerzen, einem Bluterguss und selten zu einer Infektion kommen. Als jedoch bekannte Reaktion auf Kontrastmittel kann ein Wärmegefühl oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Es können aber auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks, Übelkeit, Hautrötungen, -ausschlägen oder Schmerzen. Wissenschaftliche Studien¹ zeigen, dass ca. 97 % der Patienten Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04 % angegeben.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittelreaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen zu beantworten.

1. **Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?** JA NEIN
2. **Stillen Sie zurzeit?** JA NEIN
3. **Sind Sie nüchtern?** JA NEIN
4. **Sind oder waren Sie Raucher?** JA NEIN
5. **Haben Sie schon einmal Kontrastmittel venös verabreicht bekommen?**
(zB Nierenröntgen, Computertomographie, Phlebographie – Darstellung der Beinvenen, Gefäßröntgen – Angiographie,...) JA NEIN
6. **Haben Sie nach Kontrastmittelverabreichungen Nebenwirkungen festgestellt?**
 - Übelkeit, Erbrechen
 - Atemnot, Asthmaanfall
 - Hautausschläge
 - Krampfanfälle, Schüttelfrost
 - Bewusstlosigkeit

¹KATAYAMA-Studie, Bericht über Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300 000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621 – 628)

NAME: _____

7. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Asthma
 - Allergien
 - Herzerkrankungen
 - Nierenerkrankungen
 - Morbus Kahler (multiples Myelom)
 - Schilddrüsenerkrankungen
- Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

- Diabetes
- Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

8. Welche Beschwerden haben Sie? Seit wann?

9. Hatten Sie im Kopfbereich bzw. am Gehirn schon Operationen?

Wenn ja:

Welche?	Wann?	Wo?

10. Sind bei Ihnen frühere Erkrankungen des Kopfes bzw. des Gehirns bekannt?

Welche?

11. Hatten Sie schon Untersuchungen vom Kopfbereich?

(zB Röntgen, CT, MRT...)

Welche?	Wann?	Wo?

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich dieses Formular gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.** In einem persönlichen Aufklärungsgespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

Datum und Unterschrift der/des Patient/in
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift RT

Unterschrift Arzt

Im Fall einer Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.

Unterschrift Arzt