



AUFKLÄRUNGSBLATT FÜR CT: REGION

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt zu einer Untersuchung 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 Studien zeigen, dass ca. 97 % der Patienten Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04 % angegeben.

Je nach Fragestellung kann es notwendig sein, dass Sie ein orales Kontrastmittel oder Wasser schluckweise binnen ½ Stunde trinken sollten. Damit wird gewährleistet, dass sich das Mittel im Magen und Dünndarm gut verteilt und somit eine gute anatomische Aussagekraft getroffen werden kann.

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 oder Stillen sie zurzeit? ☐ Ja ☐ Nein
2. Sind sie nüchtern? ☐ Ja ☐ Nein
3. Haben sie schon einmal Kontrastmittel venös verabreicht bekommen?
(z.B. Nierenröntgen, CT, Angiographie-Gefäßröntgen, ...) ☐ Ja ☐ Nein
4. Haben sie nach Kontrastmittelverabreichungen Nebenwirkungen festgestellt?

☐ Übelkeit, Erbrechen	☐ Hautausschläge	☐ Bewusstlosigkeit
☐ Atemnot, Asthmaanfall	☐ Krampfanfälle, Schüttelfrost	
5. Sind bei ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

☐ Asthma	☐ Schilddrüsenerkrankungen
☐ Allergien	Wenn ja, welche Medikamente nehmen sie ein?
☐ Herzerkrankungen	_____
☐ Nierenerkrankungen	
☐ Morbus Kahler (Multiples Myelom)	☐ Diabetes
☐ Grüner Star oder erhöhter Augeninnendruck	Wenn ja, welche Medikamente nehmen sie ein?

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



6. Welche Beschwerden haben sie? Seit wann? _____

7. Hatten sie in diesem Bereich schon Operationen?

Wenn ja, welche? _____

8. Sind bei ihnen frühere Erkrankungen von diesem Bereich bekannt?

Wenn ja, welche? _____

9. Hatten sie schon Untersuchungen vom Bauchbereich? (z. B. Ultraschall, Röntgen, CT, MR, ...)

Welche? _____

(Sollte die Anforderung des OP-Berichts für die Befunderstellung notwendig sein, kann es zu einer geringen Verzögerung Ihres Befundes kommen. Bei Abholung bitte vorher anrufen! Wir bitten um Ihr Verständnis)

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 weitere Fragen ausreichend beantwortet worden. Ich stimme der Übermittlung der elektronischen Bilddaten gemäß § 51 Abs. 2 Z 2 Ärztegesetz zu.

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

Unterschrift RT

Unterschrift Arzt

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/In über die sich ergebenden Möglichen Nachteile informiert