



Ambulatorium für bildgebende Diagnostik Ried GmbH

MR + CT INSTITUT

Ärztlicher Leiter:
Prim. Doz. Dr. Claus Kölblinger

PATIENTENINFORMATION zur COMPUTERTOMOGRAPHIE

Sehr geehrte(r) Patient(in)!

Sie wurden von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin zur CT-Untersuchung in unser Ambulatorium überwiesen. Dabei werden mit Hilfe von Röntgenstrahlen überlagerungsfreie Schnittbilder von Ihrem Körper erzeugt, die dem Arzt genaue Informationen über einen möglichen krankhaften Herd und seine exakte Ausdehnung liefern. Das ist auch für eine eventuelle Operationsplanung äußerst hilfreich.

Dabei werden Sie im Untersuchungsraum bequem auf einen fahrbaren Tisch gelagert, der die zu untersuchende Körperregion automatisch in den Mittelpunkt einer drehenden Röntgenröhre bringt. Um den Magen-Darm-Trakt bei Untersuchungen der Bauch- und Beckenorgane besser beurteilen zu können, werden Sie gebeten, eine Stunde vorher ein flüssiges Kontrastmittel zu trinken. Manchmal ist zusätzlich ein Dickdarmeinlauf mit Kontrastmittel unmittelbar vor der Untersuchung notwendig.

Öfter ist die Verabreichung von Kontrastmittel in die Blutgefäße notwendig. Dabei wird vor der Untersuchung eine Armvene punktiert und über diese das Kontrastmittel gespritzt. Selten kommt es dabei zu einer Schwellung oder Entzündung am Arm. Auch werden selten Nebenwirkungen der jodhaltigen Kontrastmittel wie Übelkeit, Hautausschlag, Niesreiz oder Atembeschwerden festgestellt, die wir durch sofortige Verabreichung von Medikamenten behandeln können. Schwerwiegende, lebensbedrohliche Begleitreaktionen, die eine Intensivbehandlung erfordern, **sind extrem selten**.

Um Komplikationen allfälliger Kontrastmittel-Reaktionen zu vermeiden, werden Sie ersucht, ab 4 Stunden von der CT-Untersuchung nüchtern zu bleiben (keine feste und flüssige Nahrung). Ausgenommen davon sind Untersuchungen der Nasennebenhöhlen, Wirbelsäule und des Skeletts ohne vorangegangene Operationen in der Untersuchungsregion.

Sollte bei Ihnen eine **Kontrastmittelallergie** (jodhaltige Medikamente), **Schilddrüsenüberfunktion** oder eine Nierenausscheidungsschwäche bekannt sein, **bitten wir Sie, dies sofort dem behandelnden Arzt mitzuteilen**. Gleiches gilt auch bei einer nur möglichen Schwangerschaft.

Nach der Untersuchung sollten Sie, falls Sie Kontrastmittel bekommen haben, reichlich trinken, um die Ausscheidung des Mittels zu beschleunigen. Auch sollten Sie bei Auftreten eines Hautausschlages, Erbrechen, Unwohlsein oder Schmerzen, auch Stunden nach der Untersuchung, gleich einen Arzt um Rat fragen.

Mit diesem Informationsblatt hoffen wir, Ihnen die CT-Untersuchung etwas näher gebracht zu haben. Falls Sie weitere Fragen haben, zögern Sie bitte nicht uns telefonisch zu kontaktieren oder wenden Sie sich unmittelbar vor der Untersuchung an den zuständigen Röntgenarzt. Vor der Untersuchung bitte wir Sie, Ihre üblichen Schmerzmittel einzunehmen, dass Sie während der CT-Untersuchung schmerzfrei sind.

Um die Untersuchung für Sie risikofrei durchführen zu können, bitten wir Sie die Fragen auf der Rückseite durch Ankreuzen zu beantworten!

BITTE BLATT WENDEN

NAME (leserlich) _____

1. **Nehmen Sie Medikamente ein?** Zutreffendes unterstreichen bzw. ergänzen
Schmerzmittel, gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin),
Schlafmittel, Abführmittel, Antibabypille JA NEIN

Oder: _____

2. **Wissen Sie oder gibt es Hinweise dafür, dass Sie an einem der folgenden Organe erkrankt sind oder waren?**
Zutreffendes unterstreichen bzw. ergänzen
a) **Nieren:** Nierensteine, Nierenentzündung, Dialyse, hohe Kreatinin- oder Harnsäurewerte JA NEIN

oder: _____

- b) **Stoffwechsel:** Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht JA NEIN

oder: _____

- c) **Schilddrüse:** Über- oder Unterfunktion, Kropf JA NEIN

oder: _____

- d) **Allergie** (z.B. Heuschnupfen, Asthma) oder Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln, Medikamente, Pflaster, Latex). Falls Sie einen Allergiepass haben, bitte vorlegen. JA NEIN

oder: _____

3. **Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?** JA NEIN

4. **Stillen Sie Ihr Kind?** JA NEIN

5. Traten nach früheren **Kontrastmitteluntersuchungen** Beschwerden auf? JA NEIN

Wenn ja, welche: _____

Falls Sie einen Röntgenpass besitzen, bitte dem Arzt vorlegen.

6. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Computertomographie durchgeführt? JA NEIN

Wenn ja, wann und wo: _____

Falls Sie weitere Fragen haben, so zögern Sie nicht und wenden sich bitte an den mit der Untersuchung betrauten Röntgenarzt.

Erklärung des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten:

Ich habe die vorliegende Patienteninformation gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich hatte noch ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, alle für mich wichtigen Fragen zu stellen und mich über spezielle Risiken, Alternativuntersuchungen und mögliche Komplikationen der CT-Untersuchung zu informieren. Diese wurden ausreichend beantwortet. Dabei wurde mir auch erklärt, ob die Untersuchung bei mir durchgeführt werden kann. Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. Ich willige hiermit in die durchzuführende CT-Untersuchung ein.

Datum:

Unterschrift:
(des Patienten oder Erziehungsberechtigten)