

## **Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

Sie sind von Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt, zu einer Computertomographie (CT) – Untersuchung überwiesen worden. Zu Ihrer Information ersuchen wir Sie höflich, diesen Text zu lesen und die Fragen auf der Rückseite zu beantworten. Sollten Sie Fragen haben wenden Sie sich bitte an das behandelnde medizinische Personal.

### **Was ist eine Computertomographie?**

Die Computertomographie (CT) ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder des Körpers angefertigt werden. Dadurch können wichtige Informationen über die Lage von Krankheitsherden gewonnen werden. Dies ist für die weitere Behandlung oft von entscheidender Bedeutung.

### **Wie läuft die Untersuchung ab?**

Die Untersuchung dauert ca. 10 Minuten. Während der Untersuchung liegen Sie auf einem speziellen Untersuchungstisch, der sich durch die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht von Fachpersonal.

### **Was muss ich tun?**

Um eine optimale Qualität der Bilder zu erzielen, bitten wir Sie höflich, während der gesamten Untersuchung ruhig liegen zu bleiben. Bei manchen Untersuchungen werden wir Sie eventuell bitten, Atemkommandos (z.B.: Einatmen, Ausatmen, Luft Anhalten) zu befolgen.

### **Risiko der Röntgenstrahlen:**

In seltensten Fällen können Röntgenstrahlen in hohen Dosen zur Entstehung von Tumoren beitragen. Insgesamt ist das Risiko durch die bei der CT angewendeten Röntgenstrahlen sehr gering und hängt von der Art und Anzahl der durchgeführten CT- und Röntgenuntersuchungen ab. Sie sind zu dieser CT-Untersuchung von Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt überwiesen worden, weil diese Untersuchung diagnostisch wichtig ist und die Information nicht mit einer anderen Untersuchung gewonnen werden kann.

Um Ihr persönliches Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen abschätzen zu können, bitten wir

Sie höflich, die umseitig angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

Bei Unklarheiten hilft Ihnen gerne das medizinische Personal.

### **Wozu Kontrastmittel?**

Kontrastmittel können die Aussagekraft vieler CT-Untersuchungen steigern und helfen Ihren Ärztinnen und Ärzten, krankhafte Veränderungen besser zu erkennen. Kontrastmittel werden während der Untersuchung als Spritze oder Infusion in den Arm verabreicht.

### **Kann es Komplikationen geben?**

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Spritze – zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Viele Menschen empfinden während der Anwendung ein Wärmegefühl und einen bitteren Geschmack im Mund. Wissenschaftliche Untersuchungen<sup>1</sup> zeigen, dass mehr als 99% der Patientinnen und Patienten CT-Untersuchungen gut vertragen. Selten (etwa 1 in 400) kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden wie Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten (etwa 1 in 10.000) sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe. Wie bei fast jedem medizinischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Sollten bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten, steht sofortige ärztliche Hilfe jederzeit zur Verfügung.

Selten kann es zum Austritt von Kontrastmittel an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls sie während der Untersuchung Schmerzen oder eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort noch während der Untersuchung das Personal.

<sup>1</sup> MANSOURI Studie, Bericht über die Sicherheit von CT-Untersuchungen an Hand von 800.000 Fällen (European Radiology 2015, 175, S. 621-628)

## AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der letzten Mahlzeit: \_\_\_\_\_

**1.) Für Frauen:** Sind Sie schwanger?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Stillen Sie gerade?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**2.) Haben Sie schon einmal eine dieser Untersuchungen gehabt?**

Nierenröntgen (Urographie, IVP)  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Computertomografie (CT)  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Darstellung der Beinvenen (Phlebographie)  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Gefäßröntgen (Angiographie / Herzkatheter)  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**3.) Traten bei Ihnen nach der Gabe von Kontrastmittel Nebenwirkungen auf (z.B.: Übelkeit/Erbrechen/Würgegefühl, Asthmaanfall/Atemnot, Hautausschlag, Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit, Schüttelfrost)?**

Wenn ja, welche?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**4.) Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

Allergien, die einer Behandlung bedürfen?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Herzerkrankung?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Nieren-/Nebennierenerkrankung?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Schilddrüsenüberfunktion?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

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

Myasthenia gravis?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

**5.) Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**  Ja  Nein Fabrikat: \_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text des mir überreichten Aufklärungsblattes gelesen und verstanden habe. Ich habe die Fragen dieses Formulars nach bestem Wissen beantwortet. Allfällige Fragen meinerseits wurden mir ausreichend erklärt. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu und bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Baden, am \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Kreatinin-Wert: Anmerkungen des med. Personals:	Kürzel:
--	---------