

Computertomographie (CT)

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 Seite 2 zu beantworten. Im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs werden Sie danach über alle wichtigen Fakten aufgeklärt und bekommen die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

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. 10–15 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 und mit diesem über eine Sprechanlage verbunden.

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, Anweisungen (z.B.: Einatmen, Ausatmen, Luftanhalten, nicht Schlucken, etc.) 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 helfen Ihnen gerne die Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (MTD) oder unsere Ärztinnen und Ärzte.

Wozu Kontrastmittel?

Kontrastmittel können die Aussagekraft vieler CT-Untersuchungen steigern und helfen Ihren Ärztinnen und Ärzten, krankhafte Veränderungen besser zu erkennen. Kontrastmittel wird während der Untersuchung als Infusion in eine Armvene 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 bittereren Geschmack im Mund. Wissenschaftliche Untersuchungen¹ zeigen, dass mehr als 99% der Patientinnen und Patienten das verwendete Kontrastmittel 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 medizinisch-technische Fachpersonal, das die Untersuchung durchführt.

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

AUFKLÄRUNGSBLATT

Computertomographie (CT)

- 1. Größe (cm):** **Gewicht (kg):**
- 2. Für Frauen:**
 Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Nein Ja
- 3. Haben Sie schon einmal eine dieser Untersuchungen gehabt?**
- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Computertomographie | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Gefäßröntgen (Angiographie/Herzkatheter) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Nierenröntgen (Urographie) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
- 4. Traten bei Ihnen nach der Gabe von Kontrastmittel Nebenwirkungen auf?** Nein Ja
- Wenn ja welche?
- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| Asthmaanfall / Atemnot | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
- 5. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**
- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Allergien, die einer Behandlung bedürfen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | |
| des Herzens | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| der Niere / Nebenniere? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| der Schilddrüse? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Zuckerkrankheit? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
- Wenn ja, welche Diabetesmedikamente nehmen Sie? _____
- Myasthenia gravis? (spezielle Muskelerkrankung) Nein Ja
- 6. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?** Nein Ja Fabrikat: _____
 (nur relevant bei Thorax-CT-Untersuchung)

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen und verstanden habe. Ich habe die Fragen nach bestem Wissen beantwortet. In einem persönlichen Gespräch wurden mir die Risiken erklärt und meine weiteren Fragen sind ausreichend beantwortet worden. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

 Unterschrift der Patientin/des Patienten und/oder des gesetzlichen Vertreters	Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Datum / Uhrzeit	Name und Unterschrift der/des MTD

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem Sie betreuenden medizinisch-technischen Fachpersonal zu übergeben.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch		
Die Patientin/der Patient stimmt der Untersuchung zu	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

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