

---

# RADIOLOGIE - SPANDAU

---

Dr. Alexa Kirch    DM Andreas Brandt    Dr. Sissel Hartlieb-Mund  
Magnetresonanztomografie · Computertomografie · Röntgen · Ultraschall · Osteodensitometrie  
Klosterstraße 34/35, 13581 Berlin

---

## COMPUTERTOMOGRAFIE (CT) PATIENTENAUFKLÄRUNG

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Körpergröße:                      cm                      Körpergewicht :                      kg

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

die Computertomografie fertigt Röntgen-Querschnittbilder des zu untersuchenden Körperabschnittes an. So wird die Lage eines möglichen Krankheitsherdes in seiner Beziehung zu den Organen übersichtlich dargestellt.

Um die Untersuchung möglichst aussagekräftig zu gestalten, kann es notwendig werden, ein Kontrastmittel über ein Blutgefäß einzuspritzen. Über die unterschiedlichen Kontrastmittel und ihre Nebenwirkungen können wir Sie auf Wunsch informieren.

### **Untersuchung**

Die Untersuchung wird in einem speziellen Raum durchgeführt. Sie liegen auf einer bequemen, beweglichen Liege, die sich in die 70 cm große Öffnung des Gerätes bewegt. Das Gerät ist zu beiden Seiten geöffnet. Während der Aufnahmezeit, die jeweils nur einige Sekunden dauert, sollten Sie ruhig und entspannt liegen und nicht sprechen.

Sie stehen fortlaufend unter ärztlicher Beobachtung. Der Arzt entscheidet nach fachlichen Kriterien, ob ein Kontrastmittel benötigt wird.

### **Mögliche Komplikationen**

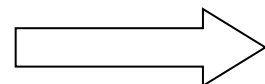
Die Computertomografie arbeitet mit Röntgenstrahlung, mit unserem modernen Gerät werden Sie strahlensparend untersucht. Die verabreichte Strahlendosis ist so gering, dass keine Strahlenschäden zu erwarten sind und auch wiederholte Untersuchungen möglich sind.

Ob eine i.v. Kontrastmittelgabe notwendig wird, ergibt sich aus der Fragestellung oder erst während der Untersuchung. Das eventuell einzuspritzende Kontrastmittel wird im Allgemeinen gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag und ähnlichen leichten Reaktionen kommen, die von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen im Bereich von Kreislauf, Leber, Nieren und/oder Nerven, die eine stationäre Behandlung erfordern oder zu einem Herz-Kreislauf-Versagen führen, sind extrem selten.

### **Nach der Untersuchung**

Wenn ein Kontrastmittel eingespritzt wurde, sollten Sie viel trinken (z.B. Tee, Mineralwasser), um die Kontrastmittelausscheidung über die Nieren zu beschleunigen. Nach dem Trinken von Kontrastmittel können gelegentlich harmlose Durchfälle auftreten.

Um etwaige Risiken bei einer Kontrastmittelanwendung möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, den umseitigen Fragebogen zu beantworten.



Besteht eine Allergie (z.B. Heuschnupfen, Asthma), Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- wenn ja, welche		
Hatten Sie früher Röntgenuntersuchungen mit jodhaltigem Kontrastmittel z.B. beim CT, Herzkathether, Nieren-, Venenröntgen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- wenn ja: Sind hierbei Zeichen der Unverträglichkeit aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- wenn ja, welche Beschwerden hatten Sie		

Leiden Sie an:

- Schilddrüsen-Überfunktion?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- bekommen Sie Schilddrüsen-Medikamente - Welche?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Blutungsneigung (z.B. ASS 100, etc.)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Herzerkrankung? Erhöhter Blutdruck?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
- Nierenfunktionsstörungen (z.B. erhöhter Kreatininwert)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Aktueller Nierenfunktionswert ( Kreatinin) ..... TSH .....		
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wird die Zuckerkrankheit mit folgenden Medikamenten behandelt? Antidiabetika vom Typ Metformin	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wurde bei Ihnen bereits früher einmal ein CT oder MRT von der zu untersuchenden Körperregion angefertigt?  
- wenn ja, wann?  nein  ja

Sind Sie schon am zu untersuchenden Organ operiert worden?  
- wenn ja, welche?  nein  ja

Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt?  
- wenn ja, welche  nein  ja

Rauchen Sie?  nein  ja

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?  nein  ja

**Ich habe dieses Informationsblatt verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Untersuchung einverstanden.**  nein  ja

**Einer intravenösen Kontrastmittelgabe stimme ich zu**  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aufklärende Person