

Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Aufklärungsbogen CT-Untersuchung

Name: _____ **Geb. – Datum:** _____

Hausarzt: _____

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen der geplanten Computertomographie (CT) kann es vorkommen, dass wir Ihnen ein jodhaltiges Kontrastmittel verabreichen werden. Dieses dient dazu, bestimmte Strukturen in Ihrem Körper besser darzustellen, sodass die Diagnose präziser erfolgen kann.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die CT-Untersuchung strahlenbelastend ist. Die Strahlendosis wird dabei so gering wie möglich gehalten, birgt jedoch ein gewisses Risiko.

Zudem möchten wir Sie über mögliche Nebenwirkungen des Kontrastmittels informieren:

Es kann vorkommen, wenn auch selten, dass es zu einem vorübergehenden Schmerzgefühl im Arm oder einem Paravasat (Flüssigkeitsaustritt in das umliegende Gewebe) kommt.

Darüber hinaus können in seltenen Fällen Organschäden, insbesondere an Niere, Schilddrüse oder Leber, auftreten. Sehr selten kann es zu allergischen Reaktionen der Grade I–IV kommen, darunter Sofort-, Spät- oder verzögerte Reaktionen, z. B. Hautausschlag/Nesselsucht, Atemnot oder Kreislaufbeschwerden.

Sollten Sie bereits bekannte Allergien, Nierenprobleme oder andere Vorerkrankungen haben, informieren Sie bitte vorab das medizinische Personal. Während der Untersuchung und danach werden wir Ihren Zustand sorgfältig überwachen.

Da diese Reaktionen häufiger bei Patienten mit bekannter Allergie auftreten, beantworten Sie bitte folgende Fragen auf der nächsten Seite:

Bitte Blatt wenden → →

Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Fragebogen CT-Untersuchung

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Ist Ihnen schon einmal ein Kontrastmittel in die Vene (oder Schlagader) injiziert worden?
Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____
2. Ist es hierbei zu Unverträglichkeitsreaktionen gekommen?
Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____
3. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?
Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____
4. Besteht eine Schwangerschaft?
Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____
5. Besteht eine Infektionserkrankung?
Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____
6. Besteht eine asthmatische Erkrankung?
Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____
7. Besteht eine Überfunktion der Schilddrüse?
Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____
8. Besteht eine Störung der Nierenfunktion?
Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____
9. Besteht ein Diabetes mellitus mit einer Medikation von Metformin?
Ja _____ Nein _____ sonstige Bemerkungen _____
10. Sind Sie an der Körperregion die wir heute untersuchen wollen, schon operiert worden?
Wenn ja, wann _____

Mit Ihrer Zustimmung erklären Sie sich einverstanden, dass die CT-Untersuchung inklusive einer eventuellen intravenösen Kontrastmittelgabe durchgeführt wird. Sie haben jederzeit das Recht, Fragen zu stellen oder die Untersuchung abubrechen.

Hiermit willige ich in die Gabe eines iodhaltigen Kontrastmittels ein. **O**

Ich lehne eine Kontrastmittelgabe ausdrücklich ab. **O**

Hiermit willige ich, unter Verzicht auf die 24-Stunden - Pflicht zur Aufklärung, in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

Korbach, den _____ Unterschrift: _____