



**Praxis Damme**

Lindenstr. 3–7 · 49401 Damme (im Krankenhaus St. Elisabeth)  
Telefon: 0 54 91 / 955 800 · [www.radiologie-damme.de](http://www.radiologie-damme.de)

**Praxis Bramsche**

Hasestr. 16 · 49565 Bramsche (in den Niels-Stensen-Kliniken)  
Telefon: 0 54 61 / 805 777 · [www.radiologie-bramsche.de](http://www.radiologie-bramsche.de)

**Praxis Lohne**

Franziskusstr. 6 · 49393 Lohne (im St. Franziskus-Hospital)  
Telefon: 0 44 42 / 81 120 · [www.radiologie-lohne.de](http://www.radiologie-lohne.de)

## Aufklärungsinformationen zur Computertomographie (CT)

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

Sie sind zu einer Computertomographie an uns überwiesen worden. Bitte lesen Sie die anschließenden Basisinformationen zu dieser Untersuchung aufmerksam durch und beantworten dann die nachfolgenden Fragen.

Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

Für weitergehende Informationen empfehlen wir Ihnen die Lektüre unseres Faltblattes zum Thema Computertomographie.

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

Die Computertomographie (CT) ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittbilder des Körpers angefertigt werden. Sie kann wichtige Informationen über die Lage von Krankheitsherden und deren weitere Behandlung geben.

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

Die Untersuchung selbst dauert nur wenige Minuten. Wichtig ist, dass Sie in dieser Zeit ruhig liegen bleiben, Bewegungen vermeiden und die Anweisungen des Personals bezüglich Ihrer Atmung befolgen.

### **Wozu Kontrastmittel?**

Durch das Ihnen mittels einer Kontrastmittelspritze verabreichte Kontrastmittel lassen sich bestimmte Organe und anatomische Körperstrukturen besser darstellen und damit die Aussagekraft der Untersuchung verbessern.

### **Gibt es Komplikationen?**

Wie bei jeder Injektion kann es zu Schmerzen, einem Bluterguss oder – sehr selten – zu einer Infektion der Einstichstelle kommen. Besonders selten sind durch den Einstich oder die Injektion des Medikaments / Kontrastmittels hervorgerufene Nerven- und Weichteilschädigungen, die nachhaltig oder bleibend Beschwerden und eine medizinische Behandlung zur Folge haben können. Als bekannte Reaktionen auf Kontrastmittel können ein Wärmegefühl während der Injektion oder ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Selten sind allergische Unverträglichkeitsreaktionen wie Absinken des Blutdrucks, Übelkeit, Schmerzen, Atemnot, Herzrhythmusstörungen, Krämpfe oder ein Anschwellen der Injektionsstelle durch Kontrastmittel- und/oder Paravasataustritt aus der Vene.

Im Allgemeinen wird das Kontrastmittel sehr gut vertragen und das Risiko ist im Vergleich zum medizinischen Nutzen der Untersuchung sehr gering.

Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch sehr selten. Sollten dennoch Komplikationen auftreten, steht Ihnen ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um möglicherweise bestehende Risiken besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen auf der Rückseite dieses Blattes zu beantworten.

*bitte wenden*



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    Geschlecht: \_\_\_\_\_

1. Wurde bei Ihnen bereits eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel durchgeführt?

Ja     Nein

2. Falls ja, gab es Unverträglichkeiten  
Falls ja, welche?

Ja     Nein

3. Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt, bzw. früher behandelt worden?  
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

Ja     Nein

4. Besteht eine Allergie (z. B. Asthma)?

Ja     Nein

5. Ist bei Ihnen eine Vorschädigung der Nieren bekannt?

Ja     Nein

6. Sind Sie zuckerkrank?

Ja     Nein

Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie?

7. Ist eine Form von Blutkrebs oder Lymphom (Plasmozytom) bekannt?

Ja     Nein

8. Besteht eine Schwangerschaft?

Ja     Nein

9. Haben Sie Voraufnahmen mitgebracht? Bitte geben Sie sie vor der Untersuchung ab.

Ja     Nein

### Erklärung der Patientin/des Patienten

Ich habe die Fragen und Erläuterungen inhaltlich verstanden. Über die Notwendigkeit und Risiken der Kontrastmittelgabe wurde ich ausreichend informiert.

Ich selbst habe keine weiteren Fragen und bin mit der geplanten Untersuchung und Kontrastmittelanwendung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum und Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/der Patientin

### Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

TSH: \_\_\_\_\_ Kreatinin: \_\_\_\_\_ GFR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes

Der/die Patient/in wurde durch den Radiologen am Untersuchungstag erneut befragt.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Radiologen