



Schilddrüsensprechstunde · Gelenk- & Knochen-
diagnostik · Lungen- und Nierenfunktionsszintigraphie
Neuronuklearmedizin · Nuklearkardiologie · Osteodensi-
tometrie · Computertomographie (SPECT-CT) · PET-CT
Sonographie · nuklearmedizin.Gelenktherapie · Röntgen-
reizbestrahlung · Therapie von Knochenmetastasen

Computertomographie (CT)

Aufklärung und Einwilligungserklärung

Name: _____ Vorname: _____ Pat. Nr.: _____
Geb.-Dat.: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine Computertomographie vorgesehen. Bei dieser Untersuchung liegen sie auf einer beweglichen Liege, die innerhalb weniger Sekunden durch einen relativ weit geöffneten Ring fährt. In diesem Ring rotiert während der Aufnahme eine Röntgenröhre schnell um Sie herum und erstellt mit Hilfe der Röntgenstrahlung Schichtaufnahmen (Querschnitte) der jeweils untersuchten Körperregion.

Während der Untersuchung sollten Sie ganz ruhig und entspannt liegen und Bewegungen vermeiden.

Bei Untersuchungen des Körperstamms müssen Sie auch für etwa 10-20 Sekunden die Luft anhalten. Bitte die Anweisungen zur Atmung genau befolgen.

Bei bestimmten Fragestellungen ist die Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels erforderlich. Dieses wird während der Untersuchung über eine Armvene injiziert. Bei Untersuchungen des Bauchraums müssen Sie eventuell ein verdünntes Kontrastmittel etwa 1-2 Stunden vor der Untersuchung trinken. Dieses lässt keine allergischen Reaktionen erwarten.

Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit kann es jedoch zu Juckreiz, Brechreiz, Hautausschlag u. ä. Reaktionen kommen, die aber meist von selber wieder abklingen. Überempfindlichkeitsreaktion einzelner Organe oder Kreislaufreaktionen sind selten; Schwere lebensbedrohliche Reaktionen sind sehr selten.

Für eine Notfallbehandlung sind wir ausgerüstet.

Um das Risiko möglichst gering zu halten, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

1. Haben Sie evtl. Vorerkrankungen? (chron. Erkrankungen, Tumorleiden...) Nein ___ Ja ___

Wenn ja, welche Vorerkrankung? _____

2. Wurden Sie schon einmal operiert? Nein ___ Ja ___

Wenn ja, welches Organ? _____

Erfolgte eine Chemotherapie? Nein ___ Ja ___ Wann war die letzte? _____

Erfolgte eine Strahlentherapie? Nein ___ Ja ___ Wann war die letzte? _____

3. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Nein ___ Ja ___

Art der Allergie: _____

