

# RADIOLOGIE

## LANDAU SÜW

### Aufklärungsbogen für die Computertomographie (CT)

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sie sind zur Durchführung einer Computertomographie überwiesen worden. Dieses Gerät ist in der Lage, von der interessierenden Körperregion Querschnittbilder zu erzeugen und dadurch einen krankhaften Befund überlagerungsfrei darzustellen. Dies kann für die weitere Behandlung oder den Ausschluss einer Verdachtsdiagnose von großer Bedeutung sein. Die Notwendigkeit der intravenösen Kontrastmittelgabe entscheidet sich entsprechend der Fragestellung. Das Kontrastmittel wird allgemein gut vertragen.

Mögliche Komplikationen der intravenösen Injektion:

Falls Sie überempfindlich oder allergisch sind, kann es zu Juckreiz, Hautveränderungen oder Brechreiz (leichtere Reaktionen) kommen, die unbedenklich sind. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen, z. B. des Kreislaufes oder der Atmung, die eine stationäre Behandlung erfordern und zu bleibenden Schäden führen, sind außerordentlich selten.

Um Ihr persönliches Risiko abschätzen zu können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Haben Sie bereits eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel über die Gefäße gehabt?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja: Haben Sie diese Untersuchung gut vertragen?

☐ Nein ☐ Ja

Sind Sie allergisch veranlagt?

(Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen bestimmte Medikamente, Salben oder Pflanzen)

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche Allergie: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt ( z.B. Hepatitis, HIV usw.)?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenfunktionsstörung bekannt?

☐ Nein ☐ Unterfunktion ☐ Überfunktion

Wenn ja: Nehmen Sie Medikamente für Ihre Schilddrüse ein?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche Medikamente: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine schwere Erkrankung der Nieren, der Leber oder des Herzens?

☐ Nein ☐ Ja

**bitte wenden**

Neigen Sie zu Blutungen? Nehmen Sie evtl. blutverdünnende Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine Insulinpumpe oder andere elektronische Implantate?

☐ Nein ☐ Ja

Sind Sie schwanger?

Stillen Sie?

☐ Nein ☐ Ja

☐ Nein ☐ Ja

Patientengröße: \_\_\_\_\_ cm Patientengewicht: \_\_\_\_\_ kg

## Auswertung und Beurteilung Ihrer Untersuchungsergebnisse, Mitteilung der Befunde, Mitgabe von Bildmaterial

Zur exakten Beurteilung Ihrer CT-Untersuchung sind in Ihrem eigenen Interesse folgende Punkte wichtig:

Wir benötigen zum Befundvergleich die Fremdaufnahmen evtl. außerhalb durchgeführter Röntgen-, CT-, MRT-Untersuchungen der entsprechenden Region. Falls es heute um Untersuchungen nach erfolgten Behandlungen (insbesondere postoperativ oder nach Strahlenbehandlung) geht, werden ferner die entsprechenden Arzt- bzw. Entlassungsberichte benötigt. Eine Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an Sie, unmittelbar nach der Untersuchung, ist aufgrund der anfallenden Datenmenge oder aufgrund fehlender Vergleichsinformationen von auswärts durchgeführten Untersuchungen / Behandlungsmaßnahmen leider nicht in allen Fällen möglich.

Die Bilddaten jeder einzelnen Untersuchung werden in unserer Praxis digital auf Festplatte gespeichert. Sie stehen über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren jederzeit zur Verfügung.

## Einverständniserklärung

Ich bin mit der erforderlichen CT-Untersuchung einverstanden.

☐ Nein ☐ Ja

Ich bin mit der intravenösen Gabe von Kontrastmittel einverstanden.

☐ Nein ☐ Ja

Landau / Bad Bergzabern, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten / der betreuenden Person

## Zur besseren Durchführung beantworten Sie uns bitte folgende Fragen zur Anamnese der heutigen Untersuchung:

Welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

Wo genau sind diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden? \_\_\_\_\_

Sturz/Unfall? Wann? \_\_\_\_\_

Verlaufskontrolle? \_\_\_\_\_

Aktuelle Therapie? \_\_\_\_\_

## Wird von der Praxis ausgefüllt:

Kreatinin:

TSH:

eGFR: (nach CKD-EPI Formel)

fT3:

fT4: