

CT Fragebogen (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau Herr

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____
Beihilfe (nur privat) nein ja

Gewicht: _____ kg / Körpergröße: _____ cm

Könnte eine Schwangerschaft bestehen? nein ja

Stillen Sie zurzeit? nein ja

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? nein ja

Sind in Ihrem Körper **Metallteile**? nein ja

Wenn ja, welche ?

<input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> Port
<input type="checkbox"/> Cochlea-Implantat (Ohr-Implantat)	<input type="checkbox"/> Shunt
<input type="checkbox"/> Künstliche Augenlinse	<input type="checkbox"/> Metallsplitter
<input type="checkbox"/> Stents (in Gefäßen)	<input type="checkbox"/> Permanent Make-Up
<input type="checkbox"/> Gefäßclips	<input type="checkbox"/> Tattoos / Piercing
	<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. loser Zahnersatz)

Welche **Beschwerden** haben Sie an dem zu untersuchenden Körperteil? links rechts

Seit **wann** bestehen die Beschwerden?

Wann treten die Beschwerden auf?
 in Ruhe bei Belastung nachts

Hatten Sie an diesem Körperteil/- abschnitt einen **Unfall** oder eine ungewöhnliche Belastung? nein ja

Wurden Sie an diesem Körperteil/-abschnitt **operiert**?
(auch Arthroskopie/ Schlüsselloch) nein ja

Sind/waren Sie an Krebs erkrankt? nein ja
Welches Organ ist / war an Krebs erkrankt?

OP Wann? _____

Chemotherapie Wann? _____

Strahlentherapie Wann? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Sind sie Diabetiker? (Zuckerkrankheit) nein ja
Wenn ja, wie behandelt? Insulin Diät Tabletten

Haben/ Hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

- Eine Schilddrüsenüberfunktion? nein ja

- Heiße Knoten in der Schilddrüse? nein ja

Wenn ja, wie behandelt?

OP Wann? _____

Radio – Jod – Therapie Wann? _____

Haben/ Hatten Sie

- Ein Glaukom? nein ja

- Eine Herzkrankung nein ja

- Eine Bluthochdruckerkrankung nein ja

- Eine Infektionserkrankung nein ja
(z.B. Hepatitis, AIDS, TBC)

Haben Sie eine chronische Erkrankung?
(z.B. COPD, Rheuma, Gicht) nein ja

Traten jemals Krampfanfälle oder Lähmungen auf?
(z.B. Epilepsie) nein ja

Leiden sie unter Klaustrophobie? nein ja
(Angst in engen Räumen)

Bestehen bekannte Allergien? nein ja
Wenn ja, welche? (ggf. Allergiepass vorlegen)

Besteht eine Kontrastmittelallergie? nein ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Einwilligungserklärung

Ich fühle mich ausreichend informiert und willige in die Untersuchung ein. nein ja

Mit einer evtl. intravenösen Kontrastmittel-Gabe bin ich einverstanden nein ja

Datum und Uhrzeit: _____

Unterschrift Patient/in (ggf. Erziehungsberechtigter)

CT Untersuchung mit Kontrastmittel

Für einige Körperregionen ist in Abhängigkeit von der Fragestellung das **Einspritzen** eines **jodhaltigen Kontrastmittels** in eine hautnahe Vene erforderlich, das die diagnostische Aussagekraft durch Kontrastierung der Gefäße und krankhafter Veränderungen der Organe erhöht. In der Regel werden diese Kontrastmittel gut vertragen und über die Nieren wieder ausgeschieden. Kontrastmittel dürfen bei einer **bekanntem Allergie** gegen Jod oder einer **Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose)** nicht verabreicht werden.

Bei einer **Nierenfunktionsstörung** mit erhöhtem Kreatinin- Wert bedarf es vorher einer weiteren Abklärung durch den behandelnden Arzt.

Komplikationen intravenöse Kontrastmittel:

Kein ärztlicher Eingriff ist völlig frei von Risiken! Trotz größter Sorgfalt kann es jedoch **in Einzelfällen** während oder nach der Kontrastmittelinjektion zu Komplikationen kommen, die sogar **lebensbedrohlich** verlaufen können.

Leichte allergische Reaktion:

- > Juckreiz, Hautausschlag, Niesreiz, Übelkeit oder Brechreiz klingen in den meisten Fällen ohne Behandlung von selbst wieder ab.

Schwere Allergien:

- > Selten kann es im Kehlkopf zum Anschwellen der Schleimhaut, Atemstörung, Krämpfen und Herz- Kreislaufversagen kommen. Folge wäre eine Mangel durchblutung, die zu Nierenversagen, Hirnschädigung oder Nervenlähmungen führen kann. Das erfordert eine sofortige intensivmedizinische Behandlung.

Haut-, Weichteil- und Nervenschäden:

- > In der Umgebung der Einstichstelle können Schäden auftreten, wie z.B. Blutergüsse, Schwellung, Schmerzen und Entzündungen. Sie bilden sich meist von selbst wieder zurück. Es kann aber auch zu bleibenden Beschwerden, wie Narben, Schmerzen oder Taubheitsgefühl kommen.
- > Die Injektion des Kontrastmittels neben das Gefäß durch eine verrutschte Punktionsnadel kann zu einer Schädigung des umgebenden Gewebes führen (Nekrosen).

Blutgerinnsel (Thrombosen):

- > Extrem selten können durch die Injektion des Kontrastmittels kleine schon bestehende Blutgerinnsel in den Blutkreislauf verschleppt werden. Dadurch kann es zu einem Gefäßverschluss (Embolie) oder Durchblutungsstörung an Gliedmaßen oder Organen (z.B. Lunge, Nieren, Darm oder Gehirn) kommen. Das erfordert eine sofortige medizinische Behandlung oder Operation.

Nieren und Schilddrüse:

- > Bei schon bestehenden Störungen der Nieren oder der Schilddrüse kann es zu einer Verschlechterung bzw. Versagen der Nierentätigkeit und zu Überfunktion der Schilddrüse kommen. Diese sind meist gut behandelbar.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen habe. Ich wurde durch den zuständigen Radiologen über die Untersuchung ausreichend aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.

Datum, Uhrzeit: _____ **Unterschrift:** _____

vom Personal auszufüllen

Kreatinin Krea Clearance	Ist:	soll:
Geschätzte GFR		
TSH	Ist:	soll:
Blutdruck		Puls
Scan / Kopien		
Medikamente		
KM	Menge:	Flow:
	ml	ml/sec
Textbaustein	c	
MTA		

<u>ANAMNESE / VERLAUF</u>
<u>Ärztliche Anmerkungen</u>
Datum / Unterschrift Arzt / Ärztin