



**CT Fragebogen** (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau  Herr  
 Name  
 Vorname  
 Geburtsdatum  
 Straße  
 PLZ/Wohnort  
**Telefon** \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse  
 Beihilfe (nur für Privatpatienten)  nein  ja

Gewicht :.....kg / Körpergröße :.....cm

**Für Frauen:**

Könnte eine Schwangerschaft bestehen?  Nein  Ja  
 Stillen Sie z.Zt.?  Nein  Ja

**Zutreffendes ankreuzen**  NEIN  
**Haben / hatten Sie eines der folgenden Implantate/ Metallteile / Operationen?**

**Herzschrittmacher**  **Metallsplitter**  
 (Bsp. Granatsplitter)

**Künstliche Herzklappe**  **Pumpe / Sensor**  
 (Bsp. Diabetes)

**Ohr Implantat**  **Gefäßclips**  
 (Bsp. Cochlea Implantat)

**Shunt**  **sonstiges**  
 **Port** (z.B. Zahnersatz / TEP / Gelenkersatz / Hörgeräte)

**Künstliche Augenlinse** .....

**Bypass**  **Tattoos / Piercing**  
 **Stents (in Gefäßen)**  **Permanent Make-Up**

**sonstige OP's am Kopf / Herz / Gefäßen / Ohren**  
 .....

**Beschreiben Sie Ihre Beschwerden:**  rechts

.....  links

Seit **wann** bestehen die Beschwerden?

.....  
 Sind die Beschwerden durch einen **Unfall** oder eine ungewöhnliche Belastung entstanden?  nein  Ja

Wann? .....

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

Wann? .....

**Zutreffendes ankreuzen**

**Besteht / bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

**Krebserkrankung**

Welches Organ?  
 .....

OP Wann? .....

Chemotherapie Wann? .....

Strahlentherapie Wann? .....

**Nierenerkrankung**  
 .....

**Diabetes** (Zuckerkrankheit)

Wie behandelt?  Insulin  Diät  Tabletten

**Schilddrüsenerkrankung**

Welche?  Überfunktion  Unterfunktion  Heiße Knoten

OP  Radio – Jod – Therapie

Wann? .....

**Glaukom/Augeninnendruckerhöhung**

**Herzerkrankung**

**Bluthochdruck**

**Infektionserkrankung** (z.B. Hepatitis, AIDS, TBC)

**Chronische Erkrankung**

(z.B. COPD, Rheuma, Gicht, Asthma)

**Leiden Sie unter?**

**Epilepsie**

**Klaustrophobie** (Angst in engen Räumen)

**Allergien** wenn ja, welche? (ggf. Allergiepass vorlegen)

.....

**Kontrastmittelallergie**

**Histamin-Intoleranz**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja

**Einwilligungserklärung**

Ich fühle mich ausreichend informiert und willige in die Untersuchung ein

Mit einer intravenösen **Kontrastmittel-Gabe** bin ich einverstanden. Die Kontrastmittel Informationen (**siehe Rückseite**) habe ich gelesen und verstanden.

Ich verzichte auf eine Kopie des Aufklärungsbogens, der nachträglich jederzeit ausgehändigt werden kann.

Datum und Uhrzeit: **X** .....

**X** .....  
 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 bekannten 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 Mangeldurchblutung, 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 (**umseitig**), 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.**

**vom Personal auszufüllen**

Kreatinin	Ist:	soll:
GFR		
TSH	Ist:	soll:
Blutdruck		Puls
<b>Extras</b>	e	
<b>KM i.v.</b>	KM	Flow
	Menge ml	
<b>KM oral</b>	o	
<b>Textbaustein</b>	c	
<b>MTA</b>		

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

