

## Einverständniserklärung Computertomographie (CT)

Name: ..... Vorname: .....  
Geb.-Datum: ..... Krankenkasse: .....  
Körpergröße: ..... (cm) Gewicht: ..... (kg)

---

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Computertomographie durchgeführt werden. Hierzu einige wichtige Informationen.



### Computertomographie – Was ist das?

Die Computertomographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder eines Körperabschnittes angefertigt werden können.

Sie zeigt ein erheblich genaueres Bild von pathologischen Prozessen und deren Organabgrenzung als eine konventionelle Röntgenaufnahme.

Dies ist für die Planung von Behandlungsmaßnahmen oft von entscheidender Bedeutung.

### Was erwartet mich?

Sie liegen ruhig auf einem speziellen Untersuchungstisch, der sich langsam in die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Diese Öffnung ist relativ weit, so daß Platzangst in aller Regel nicht auftritt. Während der Untersuchungszeit haben Sie immer die Möglichkeit Kontakt mit uns aufzunehmen. Die Untersuchung selbst dauert nur wenige Minuten und ist völlig schmerzfrei.

### Wie verhalte ich mich im Gerät?

Für eine optimale Bildqualität ist eine ruhige Lage besonders wichtig. Bei einigen

Untersuchungen ist es erforderlich, kurze Zeit die Luft anzuhalten.

Bitte bleiben Sie möglichst still liegen und atmen Sie gleichmäßig und ruhig.

In einzelnen Fällen ist zusätzlich eine **Kontrastmittelgabe** erforderlich. In der Regel wird dieses intravenös verabreicht.

Während der Kontrastmitteleinspritzung kann es im Körper zu einem mäßiggradigen Wärmegefühl kommen, das harmlos ist und nach wenigen Sekunden verschwindet.

### Vor und nach der Untersuchung

Wenn Ihr Bauchraum und/oder das Becken untersucht werden sollen, beachten Sie bitte folgendes: Am Tag vor der Untersuchung keine blähenden Speisen essen; ggfs.

verordnete Abführmittel einnehmen. Achtung: Abführmaßnahmen können die Wirksamkeit bestimmter Medikamente (z.B. „Pille“) einschränken oder aufheben.

Falls nicht anders angeordnet: 2 Stunden vor der Untersuchung nichts mehr essen/trinken. Bei Bauchuntersuchungen bekommen Sie zur Darstellung von Magen und Darm ca. 1 Stunde vor der Untersuchung in etwa 1,5 l Wasser aufgelöstes Kontrastmittel zum Trinken.

Nach der Untersuchung empfiehlt es sich, falls Kontrastmittel verabreicht wurde, reichlich zu trinken. Dies unterstützt die Nieren bei der Ausscheidung des Kontrastmittels.

Ältere Patienten, sowie Patienten mit Herz- und Nierenerkrankungen sollten dies vorsichtig tun und ggfs. vorher ärztliche Rücksprache halten.

### Risiken und Wechselwirkungen

Die im CT eingesetzten Kontrastmittel werden in aller Regel gut vertragen. Das gelegentlich spürbare Wärmegefühl ist keine Komplikation.

## BITTE WENDEN

Bei Überempfindlichkeit kann es jedoch zu allergischen Reaktionen wie Brechreiz, Juckreiz und Hautausschlag kommen. Diese bedürfen in der Regel keiner weiteren Behandlung, da sie von selbst abklingen. Extrem selten kommt es zu schweren Kreislaufreaktionen, die eine stationäre Aufnahme erforderlich machen können. Bleibende Organschäden sind ebenfalls extrem selten. Patienten mit einer Schilddrüsenüberfunktion dürfen kein jodhaltiges Kontrastmittel bekommen. Patienten mit tablettspflichtiger Zuckerkrankheit sollten Ihre Medikamente, nach Rücksprache 3 Tage vorher absetzen. Insbesondere betroffen sind metforminhaltige Arzneimittel. Das Kontrastmittel wird über die Nieren ausgeschieden, bei einer eingeschränkten Nierenfunktion sind die Risiken für einen bleibenden Nierenschaden deutlich erhöht.

**Bitte melden Sie sich an der Anmeldung, falls Sie Diabetiker sind, an einer Hyperthyreose oder Nierenunterfunktion leiden oder bekannte Allergien bestehen.**

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Wurden Sie hier schon einmal untersucht? Ja  Nein

Frühere CT-Untersuchungen, bezogen auf den heutigen Untersuchungsbereich: Ja  Nein   
Wenn ja, welche und wo?  
.....

Bestehen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, andere)?..... Ja  Nein

Sind Sie **Diabetiker**? **Wenn ja**, welche Medikamente nehmen Sie ein? Ja  Nein   
.....

**Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion?** **Ja  Nein**

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente? Welche .....

Haben Sie schon einmal Röntgenkontrastmittel erhalten? Ja  Nein

Wenn ja: Traten dabei Nebenwirkungen auf? Ja  Nein

**Besteht eine Herzerkrankung?** **Ja  Nein**

**Besteht eine Nierenunterfunktion?** **Ja  Nein**

**Sind Allergien bekannt?** ..... **Ja  Nein**

Haben Sie einen Röntgen- oder Allergiepass? Ja  Nein   
Wenn ja, bitte bei der Anmeldung vorlegen.

**Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden**, falls erforderlich? **Ja  Nein**

---

Frauen: Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft**? (welche SSW?.....) **Ja  Nein**

---

**Wenn Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, oder wenn Ihnen Einzelheiten des Informationsblattes unklar geblieben sind, wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.**

Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsblattes verstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen zur geplanten Untersuchung und erkläre mich mit der Durchführung einverstanden und verzichte auf die gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit. Ich bin einverstanden, dass die Braunüle (falls erforderlich) durch med. Assistenzpersonal gelegt wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
gesetzlicher Vertreter

## Anamnesebogen Thorax

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

**Welchen Beruf üben Sie aus? (Falls Sie Rentner/in sind, bitte früheren Beruf angeben).**

.....

Leiden Sie unter Atemnot                      Nein       Ja

Haben Sie Husten?                              Nein       Ja

Haben Sie Auswurf?                            Nein       Ja       gelb  blutig

Seit wann haben Sie Beschwerden?      .....Tage    .....Wochen    .....Monate    .....Jahre

Haben Sie Fieber?                              Nein       Ja     wie hoch? .....

Wann / zu welcher Tageszeit treten die Beschwerden hauptsächlich auf? (oder ständig?)

.....

Nehmen Sie ein Antibiotikum ein?        Nein       Ja     seit wann? .....

Rauchen Sie?                                    Nie       Nicht mehr       Ja

Wie viele Zigaretten pro Tag?      1-10       11-20       20-40       mehr als 40

Seit wie vielen Jahren? .....

Wenn Sie aufgehört haben, seit wann? .....

Wieviel haben Sie vorher geraucht? .....      Wie lange? .....

Haben Sie Gewicht verloren?              Nein       Ja     ? kg.....      ? Monate...

Leiden Sie an einer chronischen  
Bronchitis?                                    Nein       Ja

Leiden Sie an Asthma?                        Nein       Ja

**Wenn ja:** Welche Asthmamedikamente nehmen Sie ein? .....

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?      Nein       Ja

Wenn ja: Welche Art von Krebs? .....

Ist eine Herzerkrankung bekannt?        Nein       Ja  .....

Haben Sie Voraufnahmen/Befunde?        Nein       Ja

Wann und wo wurde die Lunge zuletzt geröntgt? .....

Ist die Lunge operiert worden?            Nein       Ja     Wo? .....

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung zur Befundübermittlung**

Gemäß §73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine Befunde bei anderen Leistungserbringern einholt werden dürfen und bei mir erhobene Befunde meinen behandelnden Ärzten übermittelt werden dürfen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

**Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich und richten uns nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes.**

---

**Datum und Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter**