

**AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die COMPUTERTOMOGRAPHIE
Cardio-CT**

Name: _____, geb.: _____

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin, zu einer Computertomographie (CT) - Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Dieser Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

gewonnen werden. Dies ist für die weitere Behandlung oft von entscheidender Bedeutung. Körpers angefertigt werden. Dadurch können wichtige Informationen über die Lage von Krankheitsherden Die Computertomographie (CT) ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, mit der Querschnittsbilder des
Was ist eine Computertomographie?

Wie läuft die Untersuchung ab?

Die Untersuchung dauert ca. 10 bis 20 Minuten. Im CT-Raum werden Sie auf einer speziellen Liege gelagert, die sich während der Untersuchung langsam durch die Öffnung des CT-Gerätes bewegt. Besonders wichtig ist, dass Sie während der Untersuchung ruhig liegen bleiben, Bewegungen vermeiden und die Atemkommandos genau befolgen. Sie sind während der gesamten Untersuchung unter Aufsicht von Fachpersonal.

Wozu Kontrastmittel?

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Ihnen eine Kontrastmittelspritze oder Infusion in den Arm verabreicht wird. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe und anatomischer Körperstrukturen erforderlich sein und helfen, krankhafte Veränderungen zu erkennen. Durch das Kontrastmittel kann bei manchen Untersuchungen die Aussagekraft verbessert werden.

Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.
beantworten.

abschätzen zu können, bitten wir Sie, die auf der Rückseite angeführte Fragen durch Ankreuzen zu
Um möglicherweise ein bei

Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Das Risiko der Untersuchung ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr gering. Sollten dennoch

angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Kontrastmittel-Verabreichung haben. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04% Wissenschaftliche Untersuchungen* zeigen, dass ca. 97% der Patienten keine Nebenwirkungen nach sofort, während der Untersuchung, Ihren Arzt.

Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls sie während der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe. dadurch zu geringen Beschwerden, sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten sind schwere Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Nach Verabreichung des Kontrastmittels können auch einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel kann Wärmegefühl während der Injektion An der Einstichstelle kann es - wie bei jeder Injektion - zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu

Gibt es Komplikationen?

*KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621-628)

Name: _____, geb.: _____

- | 1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt ? | Anmerkung |
|--|---|
| ■ Nierenröntgen (IVU) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Computertomographie (CT) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Venendarstellung der Beine (Phlebographie) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Gefäßröntgen (Aniographie / Cardangiographie) | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf? Nein Ja

Wenn ja, welche?

- | | |
|--|---|
| ■ Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Asthmaanfall | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Hautausschlag | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Krampfanfälle, Bewußtlosigkeit | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Schüttelfrost | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Schmerzen | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

3. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt...

- | | |
|---|---|
| ■ Asthma ? | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Allergien, die einer Behandlung bedürfen? | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ des Herzens? | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ der Niere / Nebenniere ? | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ der Schilddrüse ? | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Zuckerkrankheit | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| ■ Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? | |
| ■ M. Kahler (multiples Myelom) ? | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |

4. Könnten Sie schwanger sein? / Stillen Sie? Nein Ja

5. Größe: **Gewicht:**

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.** In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

Unterschrift der/des Patientin/en bzw. des gesetzlichen Vertreters

 Name und Unterschrift Ärztin / Arzt

 Datum / Uhrzeit

 Name und Unterschrift der/des MTD

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem/der Assistenten/in zu übergeben

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

.....
 Der Patient _____, geb.: _____ stimmt der Untersuchung zu: Ja / Nein
 Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.

Name: _____, geb.: _____

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Bitte beantworten Sie die folgende Fragen:

Größe _____ **Gewicht** _____

Brustschmerzen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Luftnot	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzstolpern	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Herzklappenfehler	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzschrillmacher	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>			
Zuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Rauchen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Herz-/ Gefäßerkrankungen in der Familie Nein Ja , wer? _____

Sonstige Herzerkrankung Nein Ja
Wenn ja, welche _____

Herzoperationen Nein Ja
Wenn ja, welche _____

Herzkatheter erfolgt Nein Ja
Wenn ja, welche _____

Implantate im Herzen Nein Ja
Wenn ja, welche _____

Allergien bekannt Nein Ja , welche? _____

Schuppenflechte (Psoriasis) Nein Ja , akut? _____

Sind Sie schwanger? Nein Ja

Stillen Sie? Nein Ja

Haben Sie innerhalb der letzten 3 Tage folgende Medikamente eingenommen?

- Metformin-haltige Medikamente
Diese Medikamente sollten 48 Stunden vor der Untersuchung abgesetzt werden

Nein Ja , welche und wann _____

- Sog. Calcium-Antagonisten vom Verapamil-Typ (Blutdruckmittel)
Diese Medikamente sollten 72 Stunden vor der Untersuchung, nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, abgesetzt werden.

Nein Ja , welche und wann _____

Datum / Uhrzeit

Unterschrift der/des Patientin/en

