

## AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die COMPUTERTOMOGRAPHIE Cardio-CT

geb.:



01222333210813027213

### 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/die Ärztin.

### Was ist eine Computertomographie?

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

### 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.

### Gibt es Komplikationen?

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Injektion - zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Nach Verabreichung des Kontrastmittels können auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, den Arzt/die Ärztin.

Wissenschaftliche Untersuchungen<sup>1</sup> zeigen, dass ca. 97% der Patient/innen Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04% angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Das Risiko der Untersuchung ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr gering. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um möglicherweise ein bei **Ihnen** bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

<sup>1</sup>KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621-628)

geb.:



01222333210813027213

**1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt? Anmerkung**

- Nierenröntgen (IVU) Nein  Ja  .....
• Computertomographie (CT) Nein  Ja  .....
• Venendarstellung der Beine (Phlebographie) Nein  Ja  .....
• Gefäßröntgen (Angiographie/ Cardangiographie) Nein  Ja  .....

**2. Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?**

Nein  Ja  .....

**Wenn ja, welche?**

- Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl Nein  Ja  .....
• Asthmaanfall Nein  Ja  .....
• Hautausschlag Nein  Ja  .....
• Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit Nein  Ja  .....
• Schüttelfrost Nein  Ja  .....
• Schmerzen Nein  Ja  .....

**3. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt**

- Asthma? Nein  Ja  .....
• Allergien, die einer Behandlung bedürfen? Nein  Ja  .....
• des Herzens? Nein  Ja  .....
• der Niere/ Nebenniere? Nein  Ja  .....
• der Schilddrüse? Nein  Ja  .....
• Zuckerkrankheit? Nein  Ja  .....

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? .....

- M. Kahler (multiples Myelom)? Nein  Ja  .....

**4. Sind Sie Schwanger?/ Stillen Sie?** Nein  Ja  .....

**5. Größe: ..... Gewicht: .....**

**Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr:**

**6. Möchten Sie, dass Sie das DZB für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm anmeldet, sodass Sie in den nächsten Tagen bei uns eine kostenlose Mammographie durchführen können.**

Ja  Nein

Achtung: Wenn Sie wegen Platzangst ein Beruhigungsmittel verabreicht werden muss, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.

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 des Arztes/der Ärztin

Datum/Uhrzeit

Name und Unterschrift der/des MTD

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

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Der/die Patient/in , 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.

Dieses Aufklärungsmerkblatt ist auch im Internet abrufbar www.gerot.at und www.oerg.at
Dieses Aufklärungsmerkblatt wurde von folgender Arbeitsgruppe erstellt: Prim. Dr. W. Küster- Prim. Univ.Prof. Dr. G. Mostbeck- S. Möritz-Kaisergrober, B.S., M.I.M. - Univ.Prof. Dr. H. Ofner M.Iur., - Mag.Iur. Dr.med. A. Resch-Holeczke - Univ. Prof. Dr. W. Schima
Die ÖRG befürwortet diese Initiative zur verbesserten Patientenaufklärung



geb.:

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

Bitte beantworten Sie die folgenden 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"/> |
| Herzschrittmacher | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Rauchen                 | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck     | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |                         |                               |                             |

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

Sonstige Herzerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Herzoperationen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche _____			Wenn ja, welche _____		

Herzkatheter erfolgt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Implantate im Herzen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche _____			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

geb.



01222333210813027213

Uhrzeit	RR	Puls