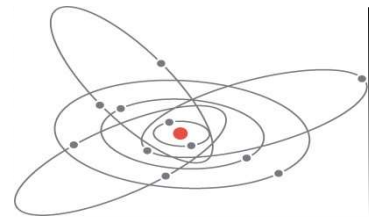


LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT!



Bei Ihnen ist eine Computertomografie zur Abklärung Ihrer Beschwerden geplant. Die Untersuchung ermöglicht eine genauere Diagnosefindung und ist wichtig für die weiteren therapeutischen Maßnahmen. Die Untersuchung dauert ca. 5-10 Min., während dieser Zeit stehen Sie mit uns in Sicht- und Sprechkontakt. Die Gabe von Kontrastmittel über eine Vene ist oft nötig, um die Aussagekraft der Bilder zu erhöhen, vor allem zum Ausschluss von Entzündungen oder Neubildungen. Für die Untersuchung des Bauchraumes wird Ihnen eine größere Menge Wasser mit einem kleinen Kontrastmittelzusatz zum Trinken verabreicht, um den Darm gegenüber anderen Organen abgrenzen zu können.

RISIKEN DER UNTERSUCHUNG

Die Computertomografie ist im Allgemeinen eine Untersuchung ohne erkennbares Risiko. Das evtl. verabreichte intravenöse Kontrastmittel entstammt der neuesten Kontrastmittelgeneration und ist gut verträglich. In seltenen Fällen kann es zu allergischen Reaktionen, wie Juckreiz und Hautausschlag kommen, die gut behandelbar sind. Ist eine Medikamenten- oder Kontrastmittel-Allergie bekannt, so sollten Sie uns das **unbedingt vor der Untersuchung** mitteilen. In diesen Fällen kann eine allergische Reaktion durch Gabe von Medikamenten vermieden oder gemildert werden, Sie sollten danach allerdings kein Fahrzeug mehr selbst führen. In extrem seltenen Fällen kann es zu einer schweren allergischen Reaktion mit der Notwendigkeit einer intensiven Behandlung kommen.

Auch für diese seltenen Situationen sind wir vorbereitet und können Hilfe leisten. Nach der Untersuchung empfehlen wir Ihnen, falls Kontrastmittel gegeben wurde, viel zu trinken, damit die Ausscheidung über die Nieren und den Darm beschleunigt wird.

BITTE BEACHTEN SIE FOLGENDE FRAGEN: (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Besteht bei Ihnen Diabetes? Ja Nein

Sind Funktionsstörungen der Schilddrüse bekannt? Ja Nein

Nehmen Sie Schilddrüsenhormone ein? Ja welche? _____ Nein

Sind Erkrankungen Ihrer Nieren bekannt? Ja Nein

Besteht eine Allergie? Ja welche? _____ Nein

Hatten Sie schon mal eine Allergie gegen Kontrastmittel? Ja Nein

Liegt bei Ihnen eine ansteckende Krankheit vor?
(z.B. TBC, Hepatitis, HIV-Infektion) Ja Nein

Bei früheren Untersuchung Reaktionen auf Kontrastmittel? Ja Nein

Besteht derzeit die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja Nein

Ihr Körpergewicht beträgt (circa)? _____ kg

Letzte Röntgenaufnahme (allg. z.B. beim Zahnarzt, usw.)? _____

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit in die geplante Untersuchung ein.
Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Datum: _____

Telefonnummer: _____

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Unterschrift: