



Liebe Patientin, lieber Patient,

Die Computertomographie (CT) erstellt mittels Röntgenstrahlen hochauflösende Bilder einer zu untersuchenden Körperregion. So lassen sich Lokalisation, Ausdehnung und Art einer etwaigen Erkrankung genauer erfassen. Um eine unnötige Strahlenexposition des Körpers zu vermeiden, wurde zuvor die rechtfertigende Indikation für dieses medizinisch-diagnostische Verfahren geprüft.

Die Aussagekraft der Untersuchung kann in vielen Fällen durch das Trinken und / oder die Injektion eines Kontrastmittels gesteigert werden.

Kontrastmittel zum Trinken:

Bei bestimmten Untersuchungen im Bauchraum erhalten Sie eine Kontrastmittellösung zum Trinken. Dadurch können Darmstrukturen besser von umliegenden Organen abgegrenzt werden:

- Trinken Sie die Lösung in kleinen Schlucken gleichmäßig über eine Stunde verteilt!
- Trinken Sie den letzten Rest erst ganz kurz vor Untersuchungsbeginn!

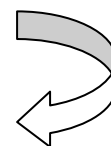
Kontrastmittel als Injektion:

Kontrastmittel wird während der Untersuchung intravenös verabreicht. Dazu wird vor der Untersuchung ein venöser Zugang, z.B. in eine Armvene angelegt. Das jodhaltige Kontrastmittel wird in der Regel gut vertragen. Ein kurzzeitiges Hitzegefühl und Geschmacksempfindungen während der Kontrastmittelinjektion sind normal.

Bei Schilddrüsenüberfunktion oder schwerer Niereninsuffizienz sollte kein Kontrastmittel intravenös gegeben werden. Daher wird die Funktion dieser Organe durch Laboruntersuchungen vor der Kontrastmittelinjektion abgeklärt.

Bei einer Allergie auf jodhaltiges Kontrastmittel, sollte ebenfalls keine intravenöse Kontrastmittelinjektion erfolgen. Eine Allergie auf jodhaltiges Kontrastmittel erkennen Sie an folgenden Symptomen, welche meist unmittelbar nach der Injektion auftreten: Juckreiz, Niesen, Hautausschlag, Übelkeit und Brechreiz. Informieren Sie bei diesen Symptomen umgehend unser Personal. Bei ausgeprägter allergischer Reaktion können Atem- und Kreislaufstörungen auftreten, die eine intensivmedizinische Versorgung notwendig machen.

Den Bogen bitte wenden!





2.1.1 (1) IR 1

Dr. med. D. Breuer, Dipl.-Med. E. Illmann, Ch. Rohde, Dr. med. M. Scheike, PD Dr. med. habil. A. G. Bach, Fachärzte für Radiologie
RADIOLOGISCHE PRAXIS SAALE-KLINIK: Steg 1, 06110 Halle (Saale), Tel. (0345) 69267-0, Fax (0345) 69267-30
RADIOLOGISCHE PRAXIS AM ST. ELISABETH-KRANKENHAUS: Mauerstraße 5, 06110 Halle (Saale), Tel. (0345) 213 43 81
kontakt@radiologie-saaleklinik.de, www.radiologie-saale-klinik.de

Bitte lesen Sie zuerst die Informationen auf der Vorderseite. Danach füllen Sie diesen Bogen bitte vollständig in DRUCKBUCHSTABEN aus, Zutreffendes bitte ankreuzen:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Körpergewicht: kg

Ist eine Niereninsuffizienz bekannt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ist eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ist eine Allergie auf CT-Kontrastmittel bekannt?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Bei Frauen: könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ich benötige eine Kopie dieser Aufklärung.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Wo sind die Beschwerden?	
Seit wann haben Sie Beschwerden?	
Was für Beschwerden liegen vor? Wie stark? Vorheriges Trauma?	
Gibt es frühere radiologische Aufnahmen aus dem Untersuchungsgebiet? Wann? Welche Klinik?	
Wurden Sie im Untersuchungsgebiet operiert? Wann?	
Wann sind Sie bei Ihrem Arzt wieder bestellt?	

Ich habe die Information verstanden und keine weiteren Fragen. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die CT-Untersuchung ein.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ich bin mit der Anforderung von Voraufnahmen und Befunden einverstanden.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Datum

Unterschrift Patient/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Erziehungsberechtigter*
*Bei Unterschrift nur eines Elternteils versichert dieser damit auch das Einverständnis des anderen Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht.

Datum

Unterschrift Arzt/ Vertreter