

## PatientInneninformationsblatt Computertomographie (CT)

*Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!*

**GEBEN SIE BITTE DIE MÖGLICHKEIT ODER DAS BESTEHEN EINER SCHWANGERSCHAFT VOR UNTERSUCHUNGSBEGINN BEKANNT!**

Sie wurden von Ihrem Arzt zu einer Computertomographie (CT) überwiesen.

### **Untersuchungsablauf:**

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. Währenddessen werden mittels Röntgenstrahlen Querschnittbilder des Körpers angefertigt. Wir bitten Sie, ganz ruhig zu liegen und die Atemkommandos möglichst genau zu befolgen, um eine Unschärfe der Bilder zu vermeiden.

### **Kontrastmittel:**

Viele Fragestellungen erfordern die intravenöse Gabe eines Kontrastmittels, das üblicherweise mit einer automatischen Spritze in eine Arm- oder Handvene verabreicht wird.

### **Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen:**

- Rötungen und eventuelle kleine Blutergüsse an der Einstichstelle sind unspezifisch und meist belanglos.
- Wärmegefühl im Körper und ein bitterer Geschmack im Mund sind häufig, harmlos und gehen rasch vorüber.
- Ganz selten kann es passieren, dass bei der Injektion die Vene platzt oder die Kanüle fehlerhaft liegt. In diesem Fall kann das Kontrastmittel ins Gewebe gelangen. Dies spürt man umgehend und schmerzhaft. Melden Sie sich bitte sofort, auch wenn die Aufnahme bereits läuft, damit die weitere Injektion gestoppt werden kann.  
Das in das Gewebe ausgetretene Kontrastmittel wird über die Lymphbahnen abtransportiert. Es sind keine schwerwiegenden Folgen zu erwarten.
- Grundsätzlich möglich sind Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien) auf das Kontrastmittel (Trägermaterial oder Jod). Diese beschränken sich überwiegend auf rasch vorübergehende Hautausschläge.
- Manchmal kommt es zu Kratzen im Hals, bei empfindlichen Personen selten auch zu Atemnot.
- Melden Sie bei der Untersuchung sofort jegliche Beschwerden, die Ihnen ungewöhnlich erscheinen. Der/die zuständige Arzt/Ärztin wird dann hinzugezogen.
- Schwere Zwischenfälle bis zu einem allergischen Schock und Herz-Kreislaufstillstand sind – wie bei fast allen Medikamenten – möglich. Bei vielen Millionen KM-Gaben werden solche Ereignisse aber nur extrem selten berichtet und kommen in den letzten Jahren, also bei den neuen Kontrastmitteln, praktisch nicht mehr vor.
- Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Das Kontrastmittel ist somit im Verhältnis zu seinem Nutzen als sicheres Medikament zu betrachten, es gibt jedoch bei manchen Personen Einschränkungen.

Um die Kontrastmittelgabe für Sie sicher zu gestalten, werden Sie gebeten, folgende Fragen (auf der Rückseite des Informationsblattes) zu beantworten.

**Selbstverständlich haben Sie das Recht, die Kontrastmittelgabe ohne Angabe von Gründen zu verweigern. Über eventuelle nachteilige Aspekte wird Sie auf Wunsch der Arzt/die Ärztin aufklären.**

Name der Patientin / des Patienten:

---

Um ein mögliches höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten. Für etwaige weitere Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

**1. Hatten Sie schon eine der folgenden Untersuchungen?**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Nierenröntgen (IVP/IVU)                     | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Venendarstellung der Beine (Phlebographie)  | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Gefäßröntgen (Angiographie/Herzkatheter)    | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

**2. Hatten Sie nach Kontrastmittelverabreichung jemals:**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Asthmaanfall                                 | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Hautausschlag                                | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit              | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Schüttelfrost                                | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Schmerzen                                    | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

**3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Allergien, die einer Behandlung bedürfen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Asthma                                   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Erkrankungen der Niere/Nebenniere        | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Erkrankungen der Schilddrüse             | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Zuckerkrankheit                          | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie in Bezug auf oben angeführte Erkrankungen:

.....

- |                                    |                             |                               |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| M. Kahler (Knochenmarkserkrankung) | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

**4. Körpergewicht ..... kg**

**5. Für Frauen:**

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind sie schwanger? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Stillen Sie gerade? | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

**Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt gelesen und seinen Inhalt verstanden habe. Ich habe die Fragen dieser PatientInneninformation nach bestem Wissen beantwortet. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen CT-Untersuchung und einer etwaigen intravenösen Kontrastmittelgabe zu.**

---

*Unterschrift des/der Patienten/in*

---

*Name und Unterschrift des Arztes*

---

*Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten  
(bei PatientInnen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)*

---

*Name und Unterschrift der MTF/RT*

---

*Datum/Uhrzeit*