



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BILDGEBENDE UNTERSUCHUNG IM COMPUTERTOMOGRAPHEN MIT KONTRASTMITTELGABE



Name, Vorname (BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)



Geburtsdatum



Größe



Gewicht

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer speziellen bildgebenden Untersuchung (Computertomographie) an uns überwiesen, bei der wir ggf. Kontrastmittel in eine Vene geben müssen, um die an uns gerichtete Fragestellung mit der größtmöglichen Genauigkeit und Zuverlässigkeit beantworten zu können.

Darüber hinaus kann es nötig sein, Kontrastmittel einige Stunden vor der Untersuchung zu trinken, um so den Magen-Darm-Trakt zu kontrastieren. Ferner – in wenigen Fällen bei besonderen Fragestellungen – kann es erforderlich sein, Kontrastmittel rektal zu applizieren (Kontrastmittel-einlauf). Die Rechtsprechung verpflichtet uns, Sie hinreichend über die typischen Risiken und Nebenwirkungen einer Kontrastmittelgabe aufzuklären und Sie danach um eine schriftliche Einverständniserklärung zu bitten. Bitte beantworten Sie uns zunächst gewissenhaft die folgenden Fragen, damit wir Ihr individuelles Untersuchungsrisiko besser abschätzen können.

Zu meinem Gesundheitszustand kann ich folgende Angaben / Aussagen machen:

**Haben Sie schon einmal Kontrastmittel in eine Vene gespritzt bekommen?**

ja  nein

Kommentar / Erläuterung / Info:

**Haben Sie damals das Kontrastmittel gut vertragen?**

ja  nein

Kommentar / Erläuterung / Info:

**Haben Sie Allergien? Wenn ja, gegen was?**

ja  nein

Kommentar / Erläuterung / Info:

**Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?**

ja  nein

Kommentar / Erläuterung / Info:

**Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit?**

ja  nein

> **Sind Sie insulinpflichtig?**

ja  nein

> **Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?**

ja  nein

Kommentar / Erläuterung / Info:



**Haben Sie einen Herzschrittmacher?  
Oder andere Implantate?**

ja  nein

Kommentar / Erläuterung / Info:

---

**Leiden Sie an einer Schilddrüsenfehlfunktion?**

ja  nein

Kommentar / Erläuterung / Info:

---

**Besteht eine Schwangerschaft?**

ja  nein

Kommentar / Erläuterung / Info:

---

**Computertomographie (CT):** Eine CT Untersuchung ist eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen (im Gegensatz zur MRT Untersuchung bei der Bilder mittels eines Magnetfeldes erzeugt werden). Technisch gesehen wird bei einer CT-Untersuchung vom Patienten ein Volumendatensatz angefertigt d.h. es werden hunderte von dünnen Schichten erstellt, aus denen dann die Ebenen zur Befundung rekonstruiert werden. Wir verwenden einen modernen 64 Zeilen Computertomographen der Firma GE, den wir mit einer speziellen Softwaremodifikation betreiben, um so die Strahlendosis noch einmal deutlich zu reduzieren.

**Kontrastmittel (KM):** Kontrastmittel sind äußerst sicher. Kontrastmittel üben normalerweise im Körper keine schädigenden Wirkungen aus und werden rasch wieder über die Nieren (hauptsächlich) und die Leber (sehr wenig) ausgeschieden. Leichte Nebenwirkungen treten bei weniger als 1 von 100 Anwendungen auf. Schwere lebensbedrohliche Komplikationen sind selten (1 oder weniger als 1 auf 10.000 Untersuchungen). Sollte es dennoch zu unerwünschten Wirkungen z.B. Allergien oder allergieähnlichen Reaktionen kommen, so treten diese in der Regel sofort oder in den ersten 2 Stunden nach Kontrastmittelgabe auf.

Wir sind selbstverständlich auf die Behandlung von Nebenwirkungen und Komplikationen eingerichtet und können Sie bei einem erhöhten allergischen Risiko ggf. medikamentös vorbehandeln. Das Restrisiko, das so eine Untersuchung mit Kontrastmittelgabe mit sich bringt, können wir aber dennoch nicht ausschließen.

Unverträglichkeitsreaktionen könnten sein: Hautrötung, Hautjucken, Kratzen im Hals, Niesreiz, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Atemnot, Kreislaufreaktionen. In den extrem seltenen Ausnahmefällen kann aufgrund der Schwere der Reaktion eine intensivmedizinische Krankenhausbehandlung erforderlich werden. CT Kontrastmittel enthalten Jod in einer chemisch gebundenen Form, aus der sich aber dennoch eine geringe Menge an Jod herauslösen kann. Dieses Jod ist identisch mit dem Jod welches wir z.B. über Speisesalz täglich zu uns nehmen. Bei einigen Patienten, die an einer unterschwellig Schilddrüsenüberfunktion leiden (ohne dass sie dies vielleicht wissen), kann diese Menge an Jod zu einer klinisch manifesten Schilddrüsenüberfunktion führen. Sollten Sie wissen, dass Sie an einer Schilddrüsenüberfunktion leiden, so können wir Ihnen vor der Untersuchung ein Medikament zur zeitweisen Blockierung der Schilddrüsen geben (Irenat).

Wenn das KM während der Untersuchung einläuft, verspüren Sie vielleicht ein Wärmegefühl. Das wird häufig beobachtet und ist normal und sollte Sie nicht beunruhigen.

Wenn Sie noch Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an unser Personal oder an einen der Ärzte. Nun bitten wir Sie, uns noch abschließend die Aufklärung zu unterzeichnen.

Ich weiß, dass fehlerhafte oder unvollständige Angaben zu meinem Gesundheitszustand das Risiko der Untersuchung für mich erhöhen können. Ich habe die Aufklärung verstanden und habe keine weiteren Fragen. Mir wurde ausreichend Bedenkzeit gegeben und bitte nun um die Durchführung der vorgeschlagenen bildgebenden CT Untersuchung ggf. mit Kontrastmittel. Eine Kopie von diesem Aufklärungsbogen habe ich erhalten.

▶  
Ort, Datum, Unterschrift (Patient)



FRAGEBOGEN  
**UNTERSUCHUNG IN DER RADIOLOGISCHEN PRAXIS ITZEHOE**

▶  
Name, Vorname (BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)

▶  
Geburtsdatum

**Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden?**

ja  nein

Wenn ja, wie stark ist Ihr Schmerz auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = gering; 10 = stark)?

\_\_\_\_\_

**Welche Schmerzen / Beschwerden haben Sie?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Seit wann haben Sie diese?**

\_\_\_\_\_

**Ist der Schmerz immer da oder kommt und geht er?**

\_\_\_\_\_

**Ist der Schmerz:**

Folge eines Unfalls oder einer (Sport-)Verletzung oder  
 von selber aufgetreten?

Kommentar / Erläuterung / Info:

\_\_\_\_\_

**Ist es das erste Mal, dass Sie dort Schmerzen haben?**

ja  nein

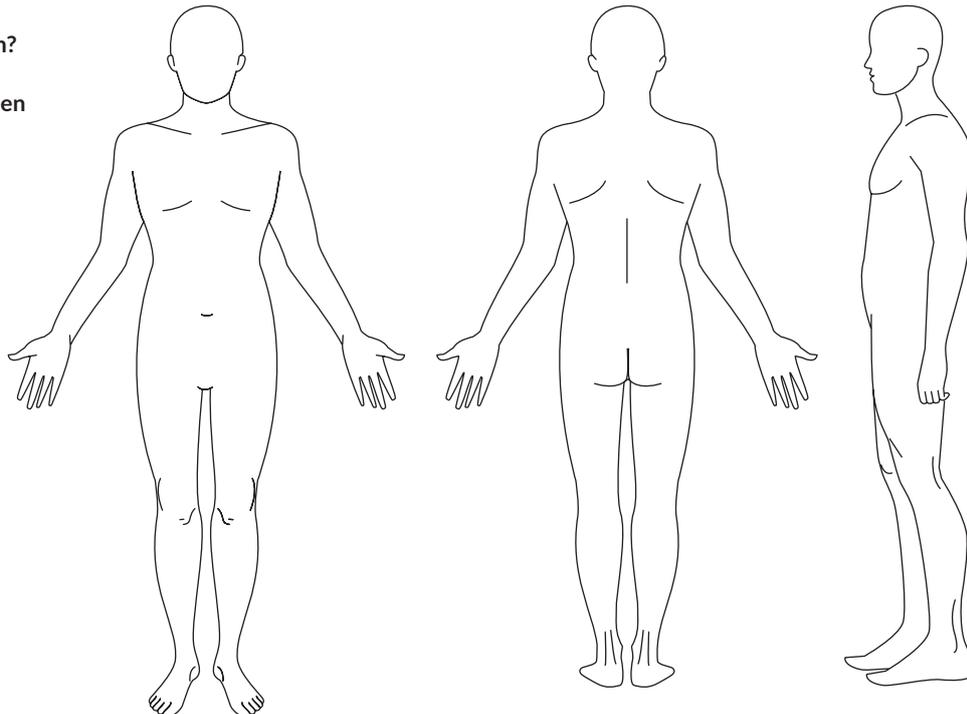
Wenn nein, wie häufig schon vorher?

\_\_\_\_\_

**Wann ist der nächste Termin bei Ihrem Zuweiser / Arzt?**

\_\_\_\_\_

**Wo tut es Ihnen weh?  
Bitte zeichnen  
Sie Ihre schmerzenden  
Bereiche ein!**



**Bitte  
wenden!**  
▶



**Untersuchungsregion:**

**Sind Sie dort bildgebend schon einmal untersucht worden?**

ja  nein

Wenn ja, wo?

---

**Allgemeiner Gesundheitszustand:**

**Haben Sie eine Schwellung?**

ja  nein

Wenn ja, wo und seit wann?

---

---

**Haben Sie Schwindelgefühle?**

ja  nein

Wenn ja, seit wann?

---

**Haben Sie Luftnot?**

ja, und zwar:  sehr stark  nein  
 mäßig  
 gering

Wenn ja, seit wann?

---

**Sind Sie überhaupt schon einmal operiert worden?**

ja  nein

Wenn ja, wann?

---

Wo? (bitte Körperregion angeben)

---

---

**Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?**

---

**Haben Sie ein Tumorleiden?**

ja  nein

Wenn ja, welches?

---

Einschätzung der MTA:

AZ:

1  2  3  4  5  6

Dyspnoe:

0  1  2  3