

# RÖNTGENPRAXIS TRÄNSBERG

A. ALTORJAY, Facharzt für Diagnostische Radiologie



Tränsberg

Altorjay, Tränsberg 21-23, 39104 Magdeburg, Fon 0391-5430578

Fax 0391-5632878

**C**omputertomographie

**K**ernspintomographie

**D**igitale Radiographie

**S**onographie

## ComputerTomographie (CT)

Die Computertomographie ist eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung mit der Querschnittsbilder des zu untersuchenden Körperabschnittes angefertigt werden. Dies ist für die Planung der Behandlungsmaßnahmen oft von entscheidender Bedeutung.

In vielen Fällen ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Vene in das Blutgefäß einzuspritzen, um z.B. Entzündungen oder Tumoren nachweisen oder ausschließen zu können. Während der Kontrastmitteleinspritzung kann es im Körper zu einem geringgradigen Wärmegefühl oder einer Geschmacksirritation kommen. Dies ist harmlos und nach wenigen Minuten wieder verschwunden.

Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei und dauert 15-30min (je nach Aufwand, Fragestellung, Kontrastmittelgabe und Technik).

### Spezielle Risiken der Untersuchung:

Die Kontrastmittelgaben werden im allgemeinen sehr gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit kann es vereinzelt zu allergischen Reaktionen und Kreislaufzwischenfällen kommen, wie:

- Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag (klingen in den meisten Fällen von selbst ab und bedürfen keiner weiteren Behandlung),
- extrem selten schwerwiegende Nebenreaktionen, z.B. im Rahmen allergischer Reaktionen. Ein Schock erfordert eine stationäre Behandlung und es kann auch einmal zu bleibenden Schäden (Nervenlähmung, Nierenversagen) kommen.

**Bitte melden Sie dem Assistenzpersonal, wenn Sie während der Untersuchung etwas Außergewöhnliches an sich bemerken (z.B. Niesreiz, Schwindel, Übelkeit).**

# Computertomographie

Name..... Vorname..... Geb.-Datum..... **Gewicht.....kg** Datum.....

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen und Risiken besser einschätzen zu können, benötigen wir folgende Angaben.

1. Sind Störungen des Stoffwechsels (z.B. **Zuckerkrankheit, Gicht**) oder **Erkrankungen** der **Nieren** oder **Leber** bekannt und **welche Medikamente** nehmen Sie hierfür ein?  ja  nein  
.....
2. Ist eine **Schilddrüsenüberfunktion** bekannt?  ja  nein  
Nehmen Sie Medikamente für die **Schilddrüse** ein? Welche?  
.....
3. Hatten Sie eine **Nieren- oder Lebertransplantation**?  ja  nein
4. Sind Allergien z.B. Pflaster, Nahrungsmittel, Medikamente, insbesondere **Jod-Allergie** bekannt?  ja  nein
5. Neigen Sie zu **Asthma** oder **Heuschnupfen**?  ja  nein  
.....
6. Wurde bei Ihnen schon **früher** einmal eine **Computertomographie** durchgeführt, **wo, wann** und **welches Organ**?  ja  nein  
.....  
Traten bei **Kontrastmitteluntersuchungen** Nebenwirkungen auf?  ja  nein  
.....  
Wurde im letzten Halbjahr eine Magen- oder Darmspiegelung gemacht?  ja  nein  
.....
7. Haben Sie einen Röntgen- oder Allergiepass?  ja  nein
8. Leiden Sie unter einer **Immunschwächeerkrankung** (z.B. HIV) oder einer Leberentzündung (Hepatitis)  ja  nein
9. **Frauen** im gebärfähigen Alter:
  - Könnten Sie **schwanger** sein  ja  nein
  - Stillen Sie?  ja  nein

10. Aufgrund welcher **Beschwerden** erhalten Sie diese Computertomographie?

A. **Wo** haben Sie Schmerzen bzw. Beschwerden?

.....  
.....  
.....  
.....

B. **Wie lange** bestehen diese Beschwerden schon? Hatten Sie diese schon früher?

.....  
.....

C. Gibt es, auf die heutige Untersuchung bezogen, eine **Vorerkrankung**?

.....

11. Hatten Sie, **bezogen auf die heutige Untersuchung**, ein **Trauma** / einen **Unfall** (z.B. Sturz o.ä.)? **Was** ist genau passiert, **wann** und **wo**?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

12. Hatten Sie eine **Krebs- Vorerkrankung**? Bekamen Sie eine **Chemotherapie** und / oder eine **Strahlentherapie**? Was und wann?

.....  
.....  
.....

Gab es schon **Operationen** im Untersuchungsgebiet? **Welche** und **wann**?

.....  
.....  
.....

---

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

- Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich ausreichend aufgeklärt, nachdem ich alles gelesen und verstanden habe, und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.
- Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.
- Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich **nicht** einverstanden.
- Laut § 73 ABS. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Radiologische Praxis **Befunde/Bilder** bei weiteren Ärzten einholt und bei mir erhobene Befunde/Bilder anderen Ärzten übermittelt  ja  nein

---

Datum      Unterschrift der Patientin/des Patienten/ der Eltern      der Begleitperson