

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur **COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)** überwiesen. Die CT ist ein modernes Schnittbildverfahren, mit dem Körperregionen überlagerungsfrei dargestellt werden können. Die CT benutzt Röntgenstrahlen, welche den Körper durchdringen. Detektoren empfangen die austretenden Röntgenstrahlen. Ein Hochleistungscomputer errechnet daraus Bilder. Die dünnen Schnittbilder erlauben eine genaue Aussage über das jeweilige Organ und die angrenzenden Umgebungsstrukturen, dabei können geringe Kontrastunterschiede wahrgenommen werden. Durch diese Möglichkeiten besitzt die Computertomographie ein breites Anwendungsspektrum.

Dres. Groß-Kußmaul / Schröter /
Kalinka / Libera

Rotebühlplatz 21 Tel.: 0711 699 48 10
70178 Stuttgart Fax: 0711 699 48 150
www.radiologie-city-plaza.de

Bei Untersuchungen der Bauch- und Beckenorgane bekommen Sie von uns ein Kontrastmittel zu trinken, dass ermöglicht uns den Magen-Darmtrakt von anderen Organen bzw. krankhafte Prozesse besser einordnen zu können.

Bei einigen Untersuchungen muß für eine sichere Diagnose Kontrastmittel (KM) in eine Armvene gespritzt werden. Mit Unverträglichkeiten ist in der Regel nicht zu rechnen. In ganz seltenen Fällen können aber doch einmal allergische Reaktionen auftreten. Dies verpflichtet uns, Sie über die äußerst seltenen, aber möglichen Nebenwirkungen zu informieren:
1. Flüchtiger Hautausschlag, eventuell mit Juckreiz.
2. Extrem selten Herz-Kreislaufreaktionen, die hier aber genannt werden müssen.
Sie bekommen nur mit Ihrem Einverständnis ein KM von uns.

Um eine optimale Untersuchung durchführen zu können, beantworten Sie die nachfolgenden Fragen bitte wahrheitsgemäß. Bitte helfen Sie uns bei Ihrer Untersuchung, die o.a. Risiken weiter zu vermindern.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie schon einmal <u>Röntgen</u> - Kontrastmittel erhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, traten hierbei Unverträglichkeiten auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Sind Sie Herz-, Nieren- oder Zuckerkrank ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Leiden Sie an Krankheiten des Knochenmarks oder der Lymphknoten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Leiden Sie an einer Erkrankung der Schilddrüse (z.B. Überfunktion)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Leiden Sie an einer Allergie (Asthma, Heuschnupfen, Medikamente)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Nur bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| (Bitte geben Sie Woche / Monat an) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Sind Sie schon einmal operiert worden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, Was und wann | | |
| 10. Sind Sie hier schon einmal untersucht worden ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte notieren Sie hier Ihre Operationen, oder sonstige Erkrankungen.

Nach Möglichkeit mit Datum und Angabe was an welchem Organ durchgeführt wurde. Weiterhin geben Sie Ihre jetzigen Beschwerden an.

Ich habe die obigen Ausführungen gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit der Durchführung der Computertomographie und der Gabe von Kontrastmittel bin ich (Zutreffendes bitte ankreuzen):

einverstanden **nicht einverstanden**

Name Vorname:

Datum:

Unterschrift:
