

Patienteninformationen zur Computertomographie (VCT)



Liebe Patientin, lieber Patient,

das VCT-Gerät fertigt aus einem fächerartigen Röntgenstrahlenbündeln dreidimensionale Datensätze zu untersuchender Körperregionen. Wichtige Informationen, wie z.B. die Lage eines Krankheitsherdes in seiner Beziehung zu umgebenden Organen werden hierdurch übersichtlich dargestellt. Das ist zur Planung einer Operation oder Bestrahlung ebenso wichtig wie zur medikamentösen, physikalischen oder sonstigen Behandlung.

Sie liegen für die Untersuchung etwa 5 – 15 Minuten auf einer Liege in der 60cm weiten Gantry und erhalten ggf. ein Kontrastmittel über einem Zugang in die Armvene, was ein Wärmegefühl auslösen kann. Sie sollen bitte den Atemkommandos folgen und entspannt und ruhig auf der Liege bleiben.

Nebenwirkungen

Die Röntgenstrahlen verursachen weder Schmerzen noch Unwohlsein. Als Kontrastmittel wird eine ungefährliche Jodverbindung gespritzt, die ebenfalls sehr gut verträglich ist. Sehr wenige Menschen reagieren darauf allergisch oder haben Probleme mit der Ausscheidung über ihre Nieren (z.B. bei hohem Serum-Kreatinin).

Anamnese/Strahlenanamnese:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ggf. Erziehungsberechtigter

Telefon

Körpergewicht:	kg	Körpergröße:	m
Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie in dem Körperbereich bereits geröntgt?	<input type="checkbox"/> ja	am	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Allergie (Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Jod)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hatten Sie früher auf Kontrastmittel bereits Nebenwirkungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Leiden Sie an:	a) Schilddrüsenerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	b) Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	c) Herz-/Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	d) Zuckerkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, wird medikamentös behandelt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Medikament:		
Ist bei Ihnen eine Infektion bekannt (z.B. Hepatitis, HIV, Corona ...)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Serum-Kreatinin (wenn bekannt?)	mg/dl	TSH-Wert (Schilddrüsenfunktion)?	µ IU/ml

Bitte bringen Sie Krankenversichertenkarte, Überweisungsschein, evtl. Antragszettel, alte Arztbriefe und zu Kontrolluntersuchungen Voraufnahmen zum Vergleich mit.

- Ich versichere, dass o.g. Angaben richtig sind, ich mich ausreichend aufgeklärt fühle und der vorgeschlagenen Untersuchung, sowie einer Kontrastmittelgabe, falls nötig, stimme ich ebenfalls zu.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Wuttge für meine Behandlung erforderliche Daten und Befunde bei meinen behandelnden Ärzten einholt und die Ergebnisse weiterleitet (§73 SGB).
- Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann, ist mir ebenfalls bekannt.

Datum

Unterschrift:
(Patient / Patientin / Erziehungsberechtigter)