



Patienteninformationen zur Computertomographie (VCT)

Name, Vorname, Geb.Dat.

Ggf. Erziehungsberechtigter

Liebe Patientin, lieber Patient,

das VCT-Gerät fertigt aus rechnergesteuerten Röntgen-Querschnittsbildern dreidimensionale Datensätze der zu untersuchenden 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.

Der Ablauf ist dabei so: Sie liegen etwa 5 – 15 Minuten auf einer Liege in der 60cm weiten Röhre und erhalten während der Untersuchung über eine Infusion in die Armvene ein Kontrastmittel, das ein Wärmegefühl auslösen kann. Sie sollen bitte den Atemkommandos folgen und entspannt und ruhig auf der Liege ruhen.

Die Untersuchung verursacht keinerlei Nebenwirkungen.

Die Röntgenstrahlen verursachen weder Schmerzen noch Unwohlsein. Als Kontrastmittel wird oral eine ungefährliche Bariumlösung eingesetzt und manchmal eine Jodverbindung gespritzt, die ebenfalls sehr gut verträglich ist. Sehr wenige Menschen reagieren allergisch auf gespritzte Kontrastmittel oder haben Probleme mit ihrer Ausscheidung über die Nieren (z.B. bei hohem Serum-Kreatinin). Um etwaige Risiken bei der Untersuchung möglichst gering zu halten, bitten wir Sie uns folgende Fragen zu beantworten:

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Besteht eine Allergie (Heuschnupfen, Medikamente, Pflaster, Jod)? | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Hatten Sie früher auf Kontrastmittel Nebenwirkungen? | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Leiden Sie an : a) Schilddrüsenkrankheiten | <input type="checkbox"/> nein |
| b) Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> nein |
| c) Herz-/Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> nein |
| d) Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Könnten Sie schwanger sein? | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Ihr Körpergewicht ? | kg |
| 6. Serum - Kreatinin (nur wenn bekannt!)? | mg/dl |
| 7. TSH - Wert (Schilddrüsenfunktion)? | µ IU/ml |

Wenn Sie diese Fragen mit nein beantworten haben oder Platzangst haben, sprechen Sie bitte vor der Untersuchung mit uns, welche Alternativen es in Ihrem speziellen Fall gibt.

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

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

Datum

Unterschrift:.....
(Patient/Patientin/Erziehungsberechtigter)