



Ablauf einer CT-Untersuchung

Sie liegen auf einer beweglichen Liege, die sich langsam in die etwa 70-cm große Öffnung des Geräts bewegt. Während der Aufnahmezeiten, die jeweils nur wenige Sekunden dauern, sollten Sie entspannt liegen. Sie stehen fortlaufend unter ärztlicher Beobachtung.

Risiko und Komplikationen

Bei einer Untersuchung ohne Kontrastmittel liegt außer der geringen Strahlenbelastung kein erkennbares Risiko vor.

Sollte eine Kontrastmittelgabe erforderlich sein, wird dies im Allgemeinen vom Patienten gut vertragen. Bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es gelegentlich zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag oder ähnlichen leichten Reaktionen kommen, welche häufig von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende Überempfindlichkeitsreaktionen, die eine stationäre Behandlung erfordern sind sehr selten.

Um etwaige Risiken bei der Kontrastmittel-Anwendung möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten (Angaben sind freiwillig):

	Bitte ankreuzen	
	Ja	Nein
1. Besteht eine Allergie (Heuschnupfen, Asthma), Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Pflaster, örtliche Betäubungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen Sie Tabletten mit dem Wirkstoff „Metformin“ ein? (im Rahmen eines Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie bei früheren Röntgenuntersuchungen Kontrastmittel intravenös erhalten? Wenn Ja: Traten dabei allergische Reaktionen, wie z.B. Juckreiz, Übelkeit, Kreislaufreaktionen auf? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. a) Ist Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Größe: _____cm Gewicht: _____kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls noch Unklarheiten bestehen, fragen Sie bitte den Arzt!

Bitte Personalien vollständig ausfüllen !!!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Gesetzliche Krankenkasse
z.B. AOK, DAK, BEK

Private Krankenkasse
z.B. Allianz, DEBEKA, Beihilfe
(bei Sondertarif bitte Versicherungsausweis vorlegen)

Bei BG-Unfall bitte Unfalltag angeben _____

Ich willige in die vorgesehene CT- Untersuchung ein.

Datum

Unterschrift