



## Aufklärungsbogen

### Computertomographie

---

#### *Computertomographie – was ist das?*

---

Die Computertomographie verwendet Röntgenstrahlen, um Schichtaufnahmen des Körpers zu erstellen. Die Bildberechnung am Computer führt zu einer sehr genauen Darstellung der Organe.

---

#### *Was kommt auf Sie zu?*

---

Sie müssen für ca. 10 Minuten in einem ringförmigen Gerät liegen, das vorne und hinten offen ist. Während der Untersuchung müssen Sie unter Umständen für kurze Zeit die Luft anhalten. Atemanweisungen hören Sie über einen Lautsprecher.

---

#### *Warum Kontrastmittel?*

---

Abhängig von der Fragestellung kann es notwendig sein, Ihnen während der Untersuchung ein Kontrastmittel in die Armvene zu spritzen. Dieses jodhaltige Kontrastmittel ist in der Regel sehr gut verträglich. Bei Überempfindlichkeit kann es jedoch gelegentlich zu Juckreiz, Hautausschlag, Übelkeit und ähnlichen leichteren Reaktionen kommen, die meist von selbst wieder abklingen. Schwerwiegende allergische Reaktionen, die eine weitere Behandlung erforderlich machen (Atemnot, Herz-Kreislaufreaktion), sind extrem selten. Sollten Sie sich nach der Injektion unwohl fühlen, teilen Sie uns dies bitte sofort mit.

---

#### *Bitte beantworten Sie folgende Fragen:*

---

1. Name:  
\_\_\_\_\_
2. Geburtsdatum:  
\_\_\_\_\_
3. Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kontrastmitteluntersuchung der Nieren, Blutgefäße, Gallenwege oder anderer Organe durchgeführt?  
 Nein       Ja
4. Ist bei Ihnen eine Allergie gegen Kontrastmittel bekannt?  
 Nein       Ja
5. Leiden Sie an Heuschnupfen, Asthma oder sonstigen Allergien?  
 Nein       Ja  
 Wenn ja, an welchen?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
6. Haben Sie eine schwere Lungen- oder Herz-Kreislauf-Erkrankung?  
 Nein       Ja
7. Sind Sie zuckerkrank?  
 Nein       Ja  
 ↓  
 wenn ja, nehmen Sie dagegen Tabletten ein?  
 Nein       Ja

bitte wenden



8. Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung?  
 Nein       Ja
9. Leiden Sie an der Krankheit „Plasmozytom“ (bösartige Bluterkrankung)?  
 Nein       Ja
10. Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis o. ä.)?  
 Nein       Ja
11. Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?  
 Nein       Ja
12. Besteht eine Schwangerschaft?  
 Nein       Ja

---

***Wichtig:***

---

**Wenn Sie Fragen zur Untersuchung, zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, beantworten wir sie Ihnen gerne. Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen.**

### **Einverständniserklärung**

Mit der Computertomographie und der evtl. erforderlichen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt.

Hannover, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_