

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**Geburtsdatum:** ..... **Gewicht:** ..... kg

**Patienteninformation Computertomographie (CT)**

Sehr geehrte Patient/in

Ihre behandelnde Ärztin oder Arzt hat Sie zur Computertomographie angemeldet. Bevor die Untersuchung durchgeführt werden kann, bitten wir Sie, die nachfolgenden Ausführungen sorgfältig durchzulesen und den Fragebogen am Ende zu beantworten.

**CT Untersuchung**

Die Computertomographie ist ein diagnostisches bildgebendes Verfahren, bei dem die zu untersuchende Körperregion durch ein eingegrenztes Röntgenstrahlbündel, das um den Körper rotiert, durchstrahlt wird. Die Strahlenbelastung wird dabei so gering wie möglich gehalten. Mit computergestützter Nachverarbeitung können Bilder in allen Schichtebenen angefertigt werden. Um die Untersuchung möglichst aussagekräftig zu gestalten, kann es notwendig sein, ein Kontrastmittel über ein Blutgefäß zu injizieren.

**Durchführung der Untersuchung**

Die Untersuchungsdauer beträgt maximal eine halbe Stunde. Während der einzelnen Aufnahmezeiten die jeweils einige Sekunden dauern, bewegt sich die Liege auf der Sie liegen vorwärts. Liegen Sie ruhig und entspannt. Bewegen Sie sich bitte nicht, da Bewegungen zu einer schlechten Bildqualität führen und die Aussagekraft der Untersuchung beeinträchtigt. Je nach Bedarf hören Sie ein Atemkommando. Unser Personal hört und sieht Sie jederzeit. Wenn Ihnen während der Untersuchung ein Kontrastmittel gespritzt wird, ist es wichtig, dass Sie an diesem Tag viel trinken, um die Kontrastmittelausscheidung zu beschleunigen.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Bilder bei Bedarf konsiliarisch beurteilt werden.**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ist bei Ihnen eine Kontrastmittel- und/oder Jodallergie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel Beschwerden? z.B. Kreislaufreaktionen, Hautausschläge oder anderes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? .....		
Leiden Sie unter anderen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Erkrankung der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten Sie Fragen haben, bitten wir Sie, sich an das Radiologie-Team zu wenden.

**Ich habe die Fragen verstanden und korrekt beantwortet.**

**Datum:** ..... **Unterschrift:** .....

**Wird vom Fachpersonal ausgefüllt:**

Kreatinin: ..... Clearence: ..... Visum MTRA: .....