

- CD
- Bilder gedruckt
- USB-Card

## COMPUTERTOMOGRAFIE

Name:

Geb.:

Soz. Vers.:

Wohnort:

Straße:

Tel.:

e-Mail:

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Sie wurden zur Durchführung einer Computertomografie überwiesen. Es handelt sich dabei um eine spezielle Röntgenuntersuchung, wobei Querschnittsbilder der zu untersuchenden Körperregionen angefertigt werden.

Je nach Fragestellung kann eine Kontrastmittelgabe notwendig sein. Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittelreaktionen abschätzen zu können, bitten wir Sie, nachfolgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:

**Haben Sie schon einmal Kontrastmittel verabreicht bekommen?** Ja  Nein   
(z.B. Nierenröntgen, CT, Angiographie, Phlebographie,...)

**Haben Sie nach Kontrastmittelinjektionen Nebenwirkungen festgestellt?** Ja  Nein   
Wenn ja, welche?

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen | <input type="checkbox"/> Atemnot       | <input type="checkbox"/> Würgegefühl   | <input type="checkbox"/> Asthmaanfall     |
| <input type="checkbox"/> Hautausschlag       | <input type="checkbox"/> Schüttelfrost | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____     |  |  |   |

**Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt wie ...**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Asthma                                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Allergien, die einer Behandlung bedürfen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen der Nieren oder Nebennieren | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen der Schilddrüse             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit                          | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Multiples Myelom (Mb. Kahler)            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| liegen infektiöse Krankheiten vor?       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

■ **Welche Beschwerden haben Sie im zu untersuchenden Bereich?**

---



---

■ **Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon operiert?** Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Was wurde operiert? \_\_\_\_\_

**für Frauen:** Besteht eine Schwangerschaft? Ja  Nein   
Stillen Sie noch? Ja  Nein

### **Durchführung der Untersuchung:**

Im Untersuchungsraum werden Sie bequem auf einer speziellen Geräteliege positioniert, die sich dann bei der Untersuchung langsam durch die Öffnung des CT-Gerätes bewegt.

**Bitte bleiben Sie während der Untersuchung ruhig und entspannt liegen, da jede Bewegung Störungen verursacht, die die Beurteilbarkeit Ihrer Bilder (Verwackelung) deutlich beeinträchtigen können.  
Bitte befolgen Sie auch die Atemkommandos genau.**

Während der gesamten Untersuchung sind Sie mit dem Bedienungspersonal durch direkte Sichtverbindung und eine Sprechanlage in Kontakt.

Es kann sein, dass bei Ihrer Untersuchung die Gabe von Kontrastmittel erforderlich ist - entweder als Spritze oder als Infusion in den Arm. Als bekannte Reaktion, die Sie nicht beunruhigen soll, kann ein Wärmegefühl oder ein bitterer Geschmack im Mund auftreten.

Sollte es aber zum Auftreten irgendwelcher anderer Reaktionen wie z.B. Übelkeit, Atemnot, Schmerzen an der Injektionsstelle, Hautjucken usw. kommen, dann verständigen Sie bitte sofort und unmittelbar noch während der Untersuchung unser Personal (Ass./Ärzte).

---

**UNTERSCHRIFT**