



Computertomographie (CT)

Sie wurden von Ihrem Arzt zu uns überwiesen, um eine **Computertomographie** (auch als CT bezeichnet) durchführen zu lassen. Die CT ist eine diagnostische Methode, bei der Schnittbilder des menschlichen Körpers bzw. bestimmter Organe angefertigt werden. Sie liegen bei der Untersuchung meistens in Rückenlage auf einer Liege, die sich langsam durch die ringförmige Öffnung des CT-Gerätes hindurch bewegt. In vielen Fällen ist ein Atemstillstand erforderlich um Bildunschärfen zu vermeiden. Hierzu erhalten Sie rechtzeitig ein Kommando über die Sprechanlage. Zur genaueren Darstellung der Organe ist zum Teil eine Kontrastmittelgabe über eine Vene erforderlich.

Zur Vermeidung von Risiken für einen begrenzten Patientenkreis bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen.

Name, Vorname: _____ **Tel.Nr.:** _____
Gewicht in Kg: _____ **Größe:** _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Haben Sie eine Schilddrüsen**über**funktion/ M. Basedow od. Hashimoto? Ja () Nein ()

Besteht eine bekannte Allergie gegen Röntgenkontrastmittel, Medikamente oder Bronchialasthma? (Bitte Allergiepass vorlegen) Ja () Nein ()

Sind Sie zuckerkrank? Ja () Nein ()

Welche Medikamente nehmen Sie wg. der Zuckerkrankheit? _____

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?

Plasmozytom (Knochentumor)? Ja () Nein ()

Herzschwäche? Ja () Nein ()

Nierenerkrankung, Niereninsuffizienz? Ja () Nein ()

Gicht? Ja () Nein ()

Hepatitis / AIDS? Ja () Nein ()

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja () Nein ()

Kreatininwert mg/dl im Blut? _____

Röntgenkontrastmittel können in seltenen Fällen allergische Reaktionen hervorrufen. Sollten sie Übelkeit, Hautjucken, Niesreiz oder Luftnot nach der Injektion bei sich feststellen, informieren Sie bitte umgehend unser Personal, wir können sofort entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten. Sie erhalten direkt vor der Untersuchung noch ein kurzes Aufklärungsgespräch, falls Sie noch Fragen haben.

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung und der Übermittlung meines Befundes an den überweisenden Arzt einverstanden.

Wir bitten Sie, das ausgehändigte Bildmaterial (CD) sorgsam aufzubewahren, da wir bei einer Zweitausfertigung einen Kostenbeitrag von 5€ erheben müssen.

Datum

Unterschrift des Patienten