

## CT-Untersuchung - Information und Aufklärung

### Was ist eine CT (Computertomographie)?

Die Computertomographie ist eine Röntgenuntersuchung, mit der Körperregionen als Querschnittbilder dargestellt werden.

### Was müssen Sie vor der Untersuchung beachten?

Bei einer Untersuchung des Gehirnes, der Lunge und des Bauchraumes wird evtl. eine intravenöse Kontrastmittelgabe notwendig. Daher sollten sie nach der Untersuchung ausreichend trinken. Tabletten gegen Zuckerkrankheit, die den Wirkstoff Metformin enthalten, müssen pausiert werden.

### Wie läuft die Untersuchung ab?

Sie werden auf einer Liege durch den Ring des CT-Gerätes hindurch gefahren. Um gute Bilder zu erhalten, ist es wichtig, dass Sie ruhig liegen bleiben. Ihnen werden ggf. Atemanweisungen erteilt. Sollten Sie sich unwohl fühlen, können Sie sich über ein Mikrofon bemerkbar machen. Wir beobachten die Untersuchung von unserem Bedienpult aus.

### Wie lange dauert die Untersuchung?

Die Untersuchung dauert in der Regel nur wenige Minuten.

### Ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich?

Bei vielen Fragestellungen ist eine Kontrastmittelgabe in eine Vene notwendig. Dazu muss eine Verweilkanüle in eine Arm- oder Beinvene gelegt werden. Zur Erhöhung der Aussagekraft von Bauchuntersuchungen wird oft vor der Untersuchung eine Kontrastmittellösung zum Trinken gereicht.

### Können bei einer CT Komplikationen auftreten?

Gelegentlich kann es durch das Kontrastmittel zu Juckreiz, Ausschlag oder Unwohlsein mit Brechreiz kommen. Sehr selten können ernstere Beschwerden wie schwere Herz-Kreislaufreaktionen auftreten. Ggf. werden Ihnen Medikamente verabreicht, um einer allergischen Reaktion vorzubeugen. Bei einem Eindringen des Kontrastmittels ins Unterhautfettgewebe ist in seltenen Fällen das Absterben von Gewebe möglich. Bei entsprechender Veranlagung kann eine Schilddrüsenüberfunktion ausgelöst werden. Es können vorübergehende Nierenfunktionsstörungen auftreten, bleibende Nierenschäden sind sehr selten.

### Was muss ich nach der Untersuchung beachten?

Im Anschluss an eine i.v. Kontrastmittelgabe sollten Sie eine ausreichende Menge Flüssigkeit trinken. Sollten Stunden oder Tage nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf.

### Ich bin einverstanden, dass meine Befunde an weiterbehandelnde Ärzte verschickt und auswärtige Voruntersuchungen angefordert werden dürfen.

### Eine Aushändigung dieses Aufklärungsbogens ist gewünscht

Ja  Nein

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die CT-Untersuchung ein.

Datum, Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Vormund

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und sorgfältig aus:

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

### Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Wurde bei Ihnen schon mal eine CT-Untersuchung durchgeführt? Ja  Nein

Haben Sie schon CT – Kontrastmittel bekommen? Ja  Nein

Gab es bei früheren Untersuchungen Kontrastmittel-Reaktionen? Ja  Nein

Wurden Sie schon einmal in der Untersuchungsregion operiert? Ja  Nein   
Wenn ja, wann und Art der OP \_\_\_\_\_

Gibt es Voruntersuchungen bezogen auf die heute geplante Untersuchung? Ja  Nein   
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Leiden sie an einer Nierenerkrankung bzw. einer Nierenfunktionsstörung? Ja  Nein

Leiden Sie an einer chronisch infektiösen Erkrankung (z. B. HIV, Hepatitis C)? Ja  Nein

Leiden Sie unter Diabetes? Ja  Nein   
Wenn ja, nehmen Sie metforminhaltige Medikamente ein? Ja  Nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsen-erkrankung vor? Ja  Nein   
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

Wurde eine Krebserkrankung diagnostiziert? Ja  Nein   
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Chemotherapie erhalten? Ja  Nein

Sind bei ihnen Allergien bekannt (insbesondere gegen Jod)? Ja  Nein

Rauchen Sie? Ja  Nein   
Wenn ja, seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

Kreatinin: \_\_\_\_\_ TSH: \_\_\_\_\_

### Für Frauen:

Könnten Sie schwanger sein? Ja  Nein  Unklar

Stillen Sie? Ja  Nein

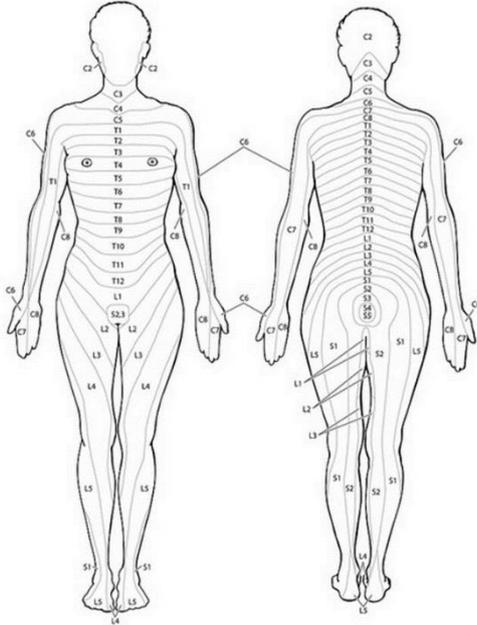
### Vermerke zum Aufklärungsgespräch:

Standort Karlstal 32 • 24143 Kiel	Standort Preetz Am Krankenhaus 5 • 24211 Preetz	Standort Lubinus Clinicum Steenbeker Weg 25, 24106 Kiel	Standort Praxisklinik Kronshagen Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen
Anmeldung: CT: 0431-388-18115 0431-38818115	Tel.: 04342-801-284 Fax: 04342-801-285	MRT 1: 0431-388-18115 MRT 2: 0431-388-18115	MRT: 0431-388-18115
MRT 0431-388-18115 NUK: 0431-388-18115			

## Zusatzanamnesebogen MRT/CT/Rö

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte markieren Sie das Gebiet Ihrer Beschwerden.



Ansiht von vorn

Ansiht von hinten

1. Welche Beschwerden haben Sie aktuell? \_\_\_\_\_
2. Seit wann bestehen die Beschwerden? \_\_\_\_\_ Tage / \_\_\_\_\_ Wochen / \_\_\_\_\_ Monate / \_\_\_\_\_ Jahre
3. Hatten Sie einen akuten Unfall/eine akute Sportverletzung in diesem Zusammenhang? Ja  Nein   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
4. Wurden Sie an diesem Körperteil bzw. im Untersuchungsbereich bereits operiert? Ja  Nein   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Was wurde operiert? \_\_\_\_\_
5. Welche Art(en) von Schmerzen treten bei Ihnen auf? (Bitte ankreuzen)
  - Ruheschmerzen
  - Belastungsschmerzen
  - Streckschmerzen
  - Beugeschmerzen
  - Rotationsschmerzen (Schmerzen bei Drehbewegungen)
6. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung (Krebs) bekannt? Ja  Nein   
Wenn ja, welche(r)? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Bei Fragen unterstützen Sie unsere Mitarbeiter/-innen am MRT/CT gern. Vielen Dank!

Datum

Unterschrift Patient/-in

evidia MVZ Förde-Radiologicum GmbH	Formblatt Einverständniserklärung Datenschutz	Dokument: FB 05.41 Version: 07 Seite: 1 von 1
------------------------------------	--	---

Sehr geehrte/r Patient/in,  
nach neuer Datenschutzgrundverordnung, die am 25.05.2018 in Kraft getreten ist, benötigen wir für jegliche Befundanforderungen bei anderen Ärzten sowie zur Befundübermittlung an weiter behandelnde Ärzte Ihr schriftliches Einverständnis.  
Bitte füllen Sie daher diese Einverständniserklärungen vollständig aus.

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Anforderung von Vorbefunden:**

Ich bin damit einverstanden, dass Befundkopien der Voruntersuchungen sowie Voraufnahmen durch die evidia MVZ Förde Radiologicum GmbH angefordert werden. (per Fax: Karlstal: 0431-7021619, Lubinus: 0431-38818147, Preetz: 04342-801285)

Ja

Nein

**Einverständniserklärung zur Befundübermittlung an weiter behandelnde Ärzte:**

Ich bin damit einverstanden, dass Befundkopien bzw. Aufnahmen unserer Untersuchungen an weiter behandelnde Praxen/Kliniken übersandt werden.

In Notfällen dürfen die Bildaufnahmen und Befundberichte zur Mitbeurteilung und Weiterbehandlung auch durch die Klinik Preetz an das UKSH, Campus Kiel, das Lubinus Clinicum und das Städtische Krankenhaus Kiel elektronisch versendet werden.

Ja

Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

---

Bemerkungen durch evidia MVZ Förde-Radiologicum GmbH:

---



---



---



---

evidia MVZ Förde-Radiologicum GmbH	Formblatt Einverständniserklärung SMS/E-Mail	Dokument: FB 05.61 Version : 03 Seite: 1 von 1
------------------------------------	---	--

Sehr geehrte/r Patient/in,  
nach neuer Datenschutzgrundverordnung, die am 25.05.2018 in Kraft getreten ist, brauchen wir ihr Einverständnis um Ihnen eine Terminerinnerung, für bereits vereinbarte Termine, per SMS oder Email zu senden.

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur SMS-/Email-Benachrichtigung**

**(Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.)**

Ich bin damit einverstanden, dass das Förde-Radiologicum mich per

SMS: \_\_\_\_\_  
(bitte Mobilnummer eintragen)

Email: \_\_\_\_\_  
(bitte Mail-Adresse eintragen)

an **bereits vereinbarte Termine** erinnert.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

evidia MVZ Förde- Radiologicum GmbH	Formblatt Ausfallhonorar	Dokument: FB 05.63 Version : 02 Seite: 1 von 1
--	-----------------------------	--

Name: Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Patient/in,

Wir sind eine Bestellpraxis und im Interesse aller um Termine nachsuchenden Patientinnen und Patienten und auch aufgrund unserer Praxisführungskosten darauf angewiesen, dass vereinbarte Termine eingehalten werden.

Kann ein Termin nicht eingehalten werden und wird der Termin nicht rechtzeitig abgesagt, so kann dieser nicht an eine/n andere/n wartende/n Patientin/en vergeben werden. Dadurch erhöhen sich für alle Patientinnen und Patienten die Wartezeiten und unserer Praxis entstehen erhebliche Kosten.

Deswegen erheben wir von jeder/m Patientin/en, die/der einen vereinbarten Termin, den sie/er nicht einhalten kann, nicht vorher – so frühzeitig wie vernünftigerweise möglich, spätestens aber 24 Stunden vorher – per E-Mail oder telefonisch absagt, ein Ausfallhonorar von **50,00 €**.

Der/m betreffenden Patientin/en steht es frei, der Praxis nachzuweisen, dass uns tatsächlich kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

Bitte bestätigen Sie uns Ihr Einverständnis mit dieser Vereinbarung.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_