

## Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind von Ihrem Arzt zur Durchführung einer Computertomographie (CT) überwiesen worden. Das ist ein bildgebendes Verfahren, mit dem ein detaillierter Blick in Ihren Körper möglich ist. Die Untersuchung dauert wenige Minuten und ist schmerzfrei.

## Vorbereitung

Für CT- Untersuchungen von Kopf, Bandscheiben oder Gelenken ist i.d.R. keine besondere Vorbereitung notwendig.

Sollte eine Gabe von Kontrastmittel (KM) geplant sein, benötigen wir Ihre Laborwerte von **Niere** (Kreatinin) und **Schilddrüse** (TSH).

Wenn Sie **metforminhaltige** Medikamente einnehmen, müssen diese 2 Tage vor und 2 Tage nach einer KM-Untersuchung abgesetzt werden. Eine engmaschige Kontrolle des Blutzuckers ist dann allerdings notwendig.

Für Untersuchungen des Bauchraumes ist es häufig notwendig ein verdünntes KM zu trinken, um den Darm anzufärben und dadurch eine bessere Bildbeurteilbarkeit zu erlangen. Dieses muss **schluckchenweise** über einen bestimmten Zeitraum (meist 1 Stunde) getrunken werden. Bei einigen Fragestellungen ist zusätzlich eine Füllung des Enddarmes (Einlauf) sinnvoll.

Die Vorbereitung für die CT kann je nach Untersuchung bis zu 2 Stunden beanspruchen.

## Untersuchungsablauf

Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege, die sich langsam in eine ringförmige Öffnung (Gantry) des Gerätes bewegt. Die Gantry ist mit ca. 70 cm Durchmesser relativ weit. Wir stehen über eine Wechselsprechanlage durchgehend mit Ihnen in Kontakt.

Bei manchen Fragestellungen ist ein jodhaltiges Kontrastmittel erforderlich, welches über einen venösen Zugang injiziert wird. Sie können dabei ein **Wärmegefühl**, **metallischen Geschmack** auf der Zunge und **Harndrang** verspüren. Dieses ist harmlos und dauert nur wenige Sekunden an.

Die eigentliche Untersuchung dauert je nach Körperregion zwischen 5 und 10 Minuten. Dabei sollten Sie ruhig und entspannt liegen und unbedingt die ggf. erforderlichen Atemkommandos beachten.

## Risiken

- Das trinkbare Kontrastmittel wirkt abführend und kann zu leichtem **Durchfall** führen.
- **Selten** treten Überempfindlichkeitsreaktionen auf das gespritzte KM auf (z.B. Juckreiz, Hautrötung, Übelkeit, Brechreiz).
- **Extrem selten** sind schwere allergische Reaktionen mit Atemstörungen, Herz-/Kreislaufversagen bis hin zum lebensbedrohlichen allergischen Schock.
- Bei eingeschränkter Nierenfunktion kann durch das intravenöse Kontrastmittel eine Verschlechterung der **Nierentätigkeit** eintreten (evtl. lebenslange Dialysetherapie erforderlich).
- Bei **Diabetikern**, welche Tabletten mit dem Wirkstoff **Metformin** einnehmen, kann es zu Wechselwirkungen mit dem Kontrastmittel und Nierenschädigungen kommen.
- Sehr selten kann bei einer vorliegenden **Schilddrüsenfunktionsstörung** nach Kontrastmittelgabe eine jodinduzierte thyreotoxische Krise auftreten.
- Extrem selten sind Schädigungen an Haut, Nerven und Weichteilen durch Injektionen.
- Die Strahlenbelastung durch eine Computertomographie ist höher als bei einer herkömmlichen Röntgenuntersuchung. Der Arzt ordnet eine CT nur dann an, wenn der viel höhere Informationswert die Strahlenbelastung rechtfertigt.

## Nach der Untersuchung

- Falls nicht anders vom Arzt angeordnet, sollten Sie bitte nach der Untersuchung **reichlich trinken** (z.B. Tee, Mineralwasser, Saft), damit das Kontrastmittel schneller aus dem Körper ausgeschieden wird.
- Sollten nach der Untersuchung **Übelkeit**, **Unwohlsein**, **Hautausschlag** oder andere Beschwerden auftreten, verständigen Sie umgehend Ihren Arzt oder suchen Sie die Notaufnahme eines Krankenhauses auf.
- Falls Sie eine Kontrastmittelgabe erhalten haben, verbleiben Sie bitte vorsorglich noch mindestens 30 Minuten in der Praxis.

**Für die Untersuchung bitten wir Sie,  
den folgenden Fragebogen  
möglichst genau zu beantworten.**

Bitte wenden!

Vorname / Nachname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_ Körpergröße (m): \_\_\_\_\_

1. Liegt eine **Nierenerkrankung/ Niereninsuffizienz** vor?  ja  nein
2. Ist eine **Schilddrüsenerkrankung** bekannt (Überfunktion)?  ja  nein  
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie dafür? \_\_\_\_\_
3. Haben Sie **Allergien**?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
4. Leiden Sie an **Diabetes mellitus**?  ja  nein  
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie dafür? \_\_\_\_\_
5. Ist eine Form von Blutkrebs oder Lymphom (Plasmozytom) bekannt?  ja  nein
6. Besteht eine **Infektionskrankheit** (HIV, Tbc, Hepatitis)?  ja  nein
7. Hatten Sie bereits einmal eine Kontrastmitteluntersuchung?  ja  nein
8. Falls ja, gab es **Unverträglichkeiten**?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
9. Sind Sie mit einer **Kontrastmittel-Gabe** einverstanden?  ja  nein
10. Für Frauen im gebärfähigen Alter
  - Sind Sie **schwanger**?  ja  nein
  - Stillen Sie?  ja  nein
11. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei Bedarf Voraufnahmen bei anderen Ärzten eingeholt werden dürfen  ja  nein

## Einwilligungserklärung

Ich versichere sämtliche Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich bin ausführlich über die bevorstehende Untersuchung sowie einer ggf. erforderlichen Kontrastmittelgabe informiert. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die angeordnete Untersuchung ein. Ich habe die Patienteninformation (Version 1.11.2019) zum Datenschutz gelesen und bin mit allen Punkten einverstanden.

**Sofern Sie eine Kopie dieser Unterlage wünschen, dann sprechen Sie bitte unsere Mitarbeiter an.**

Eichsfeld, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)

## Nur vom zuständigen Arzt auszufüllen

### Anmerkungen bei geplanter CT- Kontrastmittelgabe

(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, spezifische Nebenwirkungen, Alternativen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eichsfeld, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt (Ärztin)