	Aufklärungsbogen Computertomographie (CT)	MVZ-Betriebsgesellschaft GbR Prielmayerstr. 1 80335 München

Name, Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Die Computertomografie-Untersuchung (CT) erzeugt mit Hilfe von Röntgen-Strahlen Schnittbilder des menschlichen Körpers. Es handelt sich um eine schnelle und schonende Methode. Während der Untersuchung (Untersuchungszeit zwischen 5 und 20 Minuten) liegen Sie in einer kurzen Röhre. Bei Untersuchungen von Brustkorb und/oder Bauchraum erfolgt ein wiederholtes Atemkommando. Für viele Untersuchungen ist die Gabe von jodhaltigem oralem und/oder intravenösen Kontrastmittel oder eventuell Medikamenten erforderlich, um eine möglichst gute Beurteilbarkeit zu erzielen (s.u.). Um das Risiko möglichst gering zu halten, beantworten Sie uns bitte folgende Fragen:

1. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht an: _____cm _____kg
2. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen? (z.B. bei Untersuchungen der Nieren, Gallenblase, Herzkatheter oder bei anderen Gefäßdarstellungen?) ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn ja, haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen? ☐ Ja ☐ Nein
3. Sind bei Ihnen Allergien (z.B. Jodallergie) oder Nebenwirkungen bekannt? Falls Sie einen Allergiepaß haben, legen Sie diesen bitte vor! ☐ Ja ☐ Nein
   Allergien: _____
4. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein
   (Nierenfunktionsstörung, Tumor, Nierensteine, Zustand nach OP)
5. Leiden Sie an einer Schilddrüsenüberfunktion oder wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenfehlfunktion behandelt? ☐ Ja ☐ Nein
6. Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)? ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn ja, nehmen Sie **Metformin**-haltige Medikamente (Biguanide) ein? ☐ Ja ☐ Nein
   (z.B. Avandamet, Arcamet, Arcaphage, Biocos, Diabesin, Diabetase, Diabetormin, espa-formin, glucobon-biomo, Glucophage, Juformin, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Met, Metfodoc, Metfogamma, Metfor-acis, Metform, Metformin, Siofor, Thiabet)
7. Leiden Sie an einer Herzschwäche / Herzinsuffizienz? ☐ Ja ☐ Nein
8. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis, TBC, HIV, MRSA...) ☐ Ja ☐ Nein
9. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und woran? ☐ Ja ☐ Nein
   OP's: _____
10. Nur für Frauen im gebärfähigem Alter: ☐ Ja ☐ Nein
    Könnte bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft bestehen? ☐ ungewiß

    Stillen Sie derzeit? ☐ Ja ☐ Nein
11. Wünschen Sie für den eigenen Bedarf eine weitere CD-ROM mit Bilddaten? (10,--€) ☐ Ja ☐ Nein

Orales Kontrastmittel
Vor allem bei Untersuchungen des Bauchraumes muss zur Untersuchung jodhaltiges orales Kontrastmittel (Gastrolux CT®) verdünnt mit Wasser für die Dauer ca. einer Stunde zu Trinken gegeben werden. Das orale Kontrastmittel wird überwiegend unverdaut ausgeschieden und kann in seltenen Fällen zu Durchfall führen.

Intravenöses Kontrastmittel
In manchen Fällen muss zur Untersuchung jodhaltiges i.v. Kontrastmittel (Imeron® 300) in die Vene gespritzt werden. Dieses Kontrastmittel ist sehr gut verträglich und wird über die Nieren ausgeschieden. Allergische Reaktionen (z.B. Hitzegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Juckreiz, Hautausschlag, Atemnot) können auftreten und sind überwiegend leicht. Auch sind, vor allem bei entsprechenden Vorerkrankungen, eine Schilddrüsen-funktionsstörung oder Nierenfunktionsstörung möglich.

Wässerung
Bei einer leichten Einschränkung der Nierenfunktion ist zur Schonung der Niere eine Wässerung mittels intravenöser Gabe einer NaCl 0,9%-Lösung erforderlich. Diese wird vor bzw. nach der Kontrastmittelgabe durchgeführt. Unter Umständen kann es auch ausreichend sein, viel zu trinken. **bitte wenden →**

Prämedikation bei bekannter Kontrastmittelallergie
Bei einer bekannten Allergie gegen jodhaltige (intravenöse) Kontrastmittel kann vor der Gabe in der Regel eine Prämedikation (z.B. mit Tavegil® und H2-Blocker®) erfolgen, um bereits die Entstehung allergischer Symptome zu verhindern. Müdigkeit und eine verzögerte Reaktionsfähigkeit sind häufige unerwünschte Nebenwirkungen dieser Medikamente. Erhalten Sie eine solchen Prämedikation, dürfen Sie nach der Untersuchung nicht am Straßenverkehr teilnehmen, nicht ohne sicheren Halt arbeiten, keine Maschinen bedienen, sollten keine wichtigen Entscheidungen (z.B. Verträge) vornehmen, etc.
Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass z.B. bei Unfällen unter Einfluss einer antiallergischen Medikation kein Versicherungsschutz besteht!

Sedierung
Wenn Sie auf Grund einer Klaustrophobie (Platzangst) die Verabreichung beruhigender/sedierender Medikamente wünschen/benötigen, sollten Sie beachten, dass Sie nach Gabe dieser Medikamente unsere Praxis **nur in Begleitung verlassen** dürfen und sichergestellt sein muss, dass Sie 24 Stunden danach **nicht selbst am Straßenverkehr teilnehmen** oder Geräte bedienen, von denen eine Gefährdung ausgehen kann. Sie sollten im sedierten Zustand keine rechtsverbindlichen Geschäfte/Vereinbarungen abschließen, da die eingesetzten Medikamente zu einer Verminderung der Urteilsfähigkeit und Reaktionszeit führen können.

Ich bin über den Ablauf und die aufgeführten Risiken der Computertomografie-Untersuchung sowie einer ggf. erforderlichen Kontrastmittelgabe aufgeklärt worden. Mir ist bekannt, dass Komplikationen auftreten können.
Ich habe alle Fragen verstanden und nach bestem Wissen beantwortet.
Alle mir bekannten Leiden, Allergien und Medikamenteneinnahmen habe ich genannt.
Ich habe keine weiteren Fragen mehr und gebe hiermit meine Einwilligung zur Untersuchung **einschließlich** einer evtl. oralen/i.v.-Kontrastmittelgabe und/oder Medikamentengabe (s.o.).

München, den _____
Datum Unterschrift Patient / Betreuer / Dolmetscher /Erziehungsberechtigter

Einwilligungserklärung

Gemäß den Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB V) und der ärztlichen Schweigepflicht willige ich hiermit ein, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt des MVZ Elisenhof Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, sonstige medizinische Leistungserbringer) einholt und bei mir erhobene Befunde und Bilddaten im Bedarfsfall auch unverschlüsselt per E-Mail oder Fax an mich selbst und mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte übermitteln darf (Datenübermittlung). Mir ist bewusst, dass unverschlüsselte Emails unsicher und möglicherweise für Dritte einsehbar sind. Dies gilt auch für die Befundübermittlung an überweisende Hausärzte. Diese Einwilligung gilt für die aktuelle Untersuchung/Behandlung und kann jederzeit widerrufen werden

An folgende Personen dürfen, nach Identitätsprüfung, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

_____	_____	_____
Name, Vorname	*Telefon*	*Geburtsdatum oder Adresse*
_____	_____	_____
Name, Vorname	*Telefon*	*Geburtsdatum oder Adresse*

Ich habe jederzeit das Recht auf eine Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

München, den _____
Datum Unterschrift Patient / Betreuer / Dolmetscher /Erziehungsberechtigter

_____
Arzt