



## Anamnesebogen CT-Untersuchung (Computertomographie)

Patientenname, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhr

Untersuchungsregion: \_\_\_\_\_

- ☐ nativ (planmäßig ohne Kontrastmittel)  
☒ ggf. mit i.v.-Kontrastmittel

### Was ist zu beachten?

- ☒ Überweisungsschein im Original und gültige Versichertenkarte mitbringen  
☒ Voraufnahmen/ –befunde mitbringen

### Bei Abdomenuntersuchung:

- ☒ 1 Liter stilles Wasser über ca. 1 Stunde schluckweise bis zum Termin trinken, bitte ½ Liter Wasser mitbringen

### Bei Kontrastmittelgabe:

- ☒ Blutwerte: Kreatinin und/ oder GFR; TSH (nicht älter als 3 Monate)  
☒ Bis spätestens 1 Stunde vor Untersuchungstermin letzte leichte Mahlzeit (Trinken ist erlaubt)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

die CT ist eine Untersuchungsmethode, bei der anhand von **Röntgenstrahlen Schnittbilder** des menschlichen Körpers überlagerungsfrei erstellt werden. Die verabreichte Strahlendosis liegt um ein Vielfaches höher, als bei einer einfachen Röntgenuntersuchung. Durch die Belichtungsautomatik des Computertomographen wird die Strahlendosis jedoch der Größe und dem Gewicht des Patienten angepasst, sodass die benötigte Strahlendosis minimiert werden kann. Bei den modernen Geräten können mehrere Schichten gleichzeitig untersucht werden, weshalb die Untersuchung je nach Körperregion nur noch wenige Sekunden bis einige Minuten dauert.

**Schwangere Patientinnen** dürfen im CT **nicht** regelhaft untersucht werden. Die Untersuchung ist vollständig schmerzfrei und es besteht während der gesamten Untersuchung Sicht- und Hörkontakt zu unseren Mitarbeiter\*innen.

Während der Untersuchung liegen Sie auf einer bequemen Liege, die je nach Untersuchungsregion verschieden weit in die ringförmige Öffnung (Gantry) des Computertomographen gefahren wird. Die Öffnung ist ausreichend weit, sodass es zu keinen Einengungsgefühlen kommt. Der Kopf liegt bei fast allen Untersuchungen außerhalb der Gantry (Ausnahme: Untersuchungen in der Kopfregion).

Es ist wichtig, **während der Untersuchung still zu liegen**, sowie bei Untersuchungen des Brustkorbes und des Bauchraumes die über die Lautsprecher gegebenen Atemkommandos zu befolgen, da sonst die Aufnahmen unscharf werden und nur eingeschränkt beurteilbar sind.

**Um bei Bauchuntersuchungen den Unterbauch besser beurteilen zu können, ist es erforderlich, dass die Harnblase gut gefüllt ist. Daher bitten wir Sie ab ca. 30 Minuten vor Untersuchungsbeginn die Toilette nicht mehr aufzusuchen.**

Bei **bestimmten Untersuchungen** des Bauchraumes ist es erforderlich, ein mit Wasser verdünntes **jodhaltiges Kontrastmittel zu trinken**, welches den Magen-Darm-Trakt kontrastiert und somit der besseren Differenzierung gegenüber den umliegenden Organstrukturen dient. Sie bekommen dieses Kontrastmittel ggf. in unserer Praxis verabreicht. Bitte trinken Sie das Kontrastmittel dann schluckweise in dem von uns angegebenen Zeitraum, damit der obere Verdauungstrakt gleichmäßig und vollständig kontrastiert wird. Dieses orale Kontrastmittel ist in der Regel sehr gut verträglich, **mitunter** verursacht das orale Kontrastmittel jedoch **Durchfall** (auch heftig und plötzlich), verbunden mit Bauchkrämpfen und Blähungen.

Bei manchen Untersuchungen ist es notwendig, zusätzlich ein **Kontrastmittel über eine Vene** (intravenös) zu verabreichen. Der Gefäßzugang wird dabei in der Regel von entsprechend geschultem Assistenzpersonal gelegt und die Kontrastmittelgabe von diesem durchgeführt. Gegebenenfalls werden je nach Körperregion und Fragestellung, bestimmte Durchblutungsphasen untersucht.

Dieses **Kontrastmittel ist in der Regel sehr gut verträglich**, kann aber zu Komplikationen führen. Zu diesen gehören **allergische Reaktionen**, die sich meistens nur als Hautausschlag und Juckreiz äußern. Sehr selten kann es jedoch zu einem akuten Kreislaufschock kommen, der intensivmedizinische Maßnahmen erfordert und äußerst selten tödlich verlaufen kann.

Bei Patient\*innen mit eingeschränkter Nierenfunktion kann es zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion kommen, die in der Folge zu einem **akuten Nierenversagen** führen kann, das eine Behandlung mittels Dialyse (Blutwäsche) erforderlich macht. Selten kommt es hierbei zu einem tödlichen Verlauf.

Liegt im Vorfeld eine **Schilddrüsenüberfunktion** vor, kann es zu einer akuten Verschlechterung der Schilddrüsenfunktion kommen, die in seltenen Fällen intensivmedizinisch behandelt werden muss und sehr selten auch tödlich verlaufen kann. Dabei kann selten eine operative Entfernung der Schilddrüse erforderlich sein. Um diese Risiken zu minimieren, ist es wichtig, uns die **Laborwerte** Kreatinin/ GFR (Krea/GFR) und TSH mitzubringen.

Selten kommt es während der Injektion des Kontrastmittels zu **Übelkeit und Erbrechen**, die jedoch im Anschluss wieder verschwinden.

Sehr selten kann bei der Injektion die injizierte Flüssigkeit aus dem Gefäß in das umliegende Gewebe austreten (sog. „**Paravasat**“) oder es kann es im Bereich der Injektionsstelle zu Reizungen, Schmerzen oder Entzündungen mit eventuell bleibenden Gewebsschäden oder Nervenschäden kommen. Sollten Sie während der Injektion Schmerzen verspüren, sagen Sie bitte umgehend Bescheid.

Ob ein intravenöses Kontrastmittel verabreicht werden muss, entscheidet der/ die Radiolog\*in vor Ort anhand der Fragestellung und der vorliegenden Blutwerte. Im Anschluss an die Untersuchung sollten Sie viel trinken, da hierdurch die Ausscheidung des Kontrastmittels über die Nieren beschleunigt wird.

Die Praxis unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht. Darüber hinaus unterliegen die von Patient\*innen gemachten Angaben dem Datenschutz. Einzelheiten zum Datenschutz sind in unserer Anmeldung und auf unserer Homepage einsehbar.

Sollten Sie Ihrerseits noch Fragen haben, sprechen Sie unser Team gerne an.

**Ihr Praxisteam**



**Bitte beantworten Sie noch einige Fragen** (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm

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

**ja**

**nein**

|                                                                                                                                                             |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Leiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen?                                                                                                                     |  |  |
| Ist jetzt oder in der Vergangenheit eine Schilddrüsenerkrankung bekannt, insbesondere eine Überfunktion? Ist eine Schilddrüsen Therapie oder -test geplant? |  |  |
| Leiden Sie an der Nervenerkrankung Myasthenia gravis?                                                                                                       |  |  |
| Ist eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?                                                                                                          |  |  |
| Sind Nieren- oder Lebererkrankungen bekannt oder hatten Sie eine Nieren- oder Lebertransplantation?                                                         |  |  |
| Sind Allergien bekannt?<br>Wenn ja, welche? ( <i>bitte angeben</i> )                                                                                        |  |  |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Computertomographie durchgeführt?                                                                                         |  |  |
| Erfolgte dabei eine intravenöse Kontrastmittelgabe?                                                                                                         |  |  |
| Gab es bei der Kontrastmittelgabe Komplikationen?<br>Wenn ja, welche? ( <i>bitte angeben</i> )                                                              |  |  |
| Sind Sie schon einmal operiert worden?<br>Wenn ja, in welcher Körperregion? ( <i>bitte angeben</i> )                                                        |  |  |
| Haben oder hatten Sie selbst eine Krebserkrankung?<br>Wenn ja, welche und wann? ( <i>bitte angeben</i> )                                                    |  |  |
| <u>Für Frauen:</u> Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie?                                                                                             |  |  |

**Schildern Sie uns hier bitte noch kurz Ihre Beschwerden und ggfs. den Unfallhergang:**

---

---

---

Ich möchte eine Kopie des Aufklärungsbogens mitnehmen

☐ ja

☐ nein

Ich bin mit der Befundübermittlung an den/die überweisende/n Arzt/Ärztin einverstanden:

☐ ja

☐ nein

**Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt, ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bin mit der geplanten Untersuchung sowie einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patientin/Patient/Eltern

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin

**Bemerkungen** (von Arzt/Ärztin/Praxispersonal auszufüllen):

---

---