

## Fragen zur Computertomographie (CT)

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

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

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

Größe: \_\_\_\_\_ m

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern!

### Computertomographie – Was ist das?

Die Computertomographie (=CT) verwendet Röntgenstrahlen, um Schichtbilder des Körpers zu erzeugen. Die Berechnung dieser Bilder im Computer führt zu einer besonders genauen Darstellung der Organe.

### Warum müssen oft Kontrastmittel gegeben werden?

Sehr viele krankhafte Veränderungen (besonders Tumore, Entzündungen und Hirnerkrankungen) lassen sich in der Computertomographie erst durch Kontrastmittel erkennen.

**Falls bei der aktuellen Untersuchung eine Kontrastmittelgabe erforderlich ist, möchten wir Sie bitten heute besonders viel zu trinken, damit das Kontrastmittel schneller über die Nieren ausgeschieden wird.**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß:

Zutreffendes bitte ankreuzen: **Nein**  oder **Ja**

1. Ist Ihnen während einer CT- oder einer Röntgenuntersuchung schon einmal Kontrastmittel gespritzt worden? Nein  Ja   
*Falls ja, gab es Nebenwirkungen (welche)?* \_\_\_\_\_
2. Haben Sie eine Allergie? (z.B. gegen Kontrastmittel, Jod, Medikamente, Pflaster, Latex, Heuschnupfen, allergisches Asthma, Hautallergien, Neurodermitis)  
*Falls ja, wogegen:* \_\_\_\_\_ Nein  Ja
3. Sind Sie zuckerkrank? Nein  Ja   
*Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie deswegen?* \_\_\_\_\_
4. Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung? Nein  Ja
5. Haben / hatten Sie eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV oder Covid-19)?  
*Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen* \_\_\_\_\_ Nein  Ja
6. Sind Sie in den letzten 4 Wochen gegen Covid-19 geimpft worden? Nein  Ja
7. Leiden Sie an einem Plasmocytom (Blutkrebserkrankung)? Nein  Ja
8. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?  
*Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie deswegen?* \_\_\_\_\_ Nein  Ja
9. Sind Sie schwanger... Nein  Ja   
...oder stillen Sie? Nein  Ja
10. Welche Operationen / Vorerkrankungen hatten bzw. haben Sie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Ist die heutige Untersuchung bei Ihnen schon einmal durchgeführt worden? Nein  Ja   
*Falls ja, wann und wo?*  
\_\_\_\_\_
12. Sind Ihre aktuellen Beschwerden die Folgen eines Unfalles? Nein  Ja   
*Falls ja, was ist wann passiert?*  
\_\_\_\_\_

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Mit der Untersuchung (bzw. mit der Untersuchung meines Kindes) einschließlich einer eventuell erforderlichen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. Meine diesbezüglichen Fragen wurden beantwortet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte/r