



## Gemeinschaftspraxis Radiologie

Dr. med. Uwe Neumann, FA für Diagnostische Radiologie  
 Dr. med. Tobias Pollack, FA für Diagnostische Radiologie  
 Weißeritzklinik Freital, Bürgerstraße 7, 01705 Freital  
 Telefon: (03 51) 6 46 68 84, Fax (03 51) 6 46 68 93

### Patientenaufklärung Computertomographie - CT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

#### Ablauf der Untersuchung:

Die CT ist eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung. Es werden Querschnittsbilder des Körpers angefertigt. Während der Untersuchung liegen Sie auf einer Liege, die sich langsam in die Öffnung des CT bewegt. Dabei werden Sie vom Bedienpersonal überwacht. Die Untersuchung dauert ca. 15 – 30 Minuten. Die eigentliche Meßzeit für die Bilderstellung dauert nur wenige Sekunden. Bei der Untersuchung sollen Sie ruhig und entspannt liegen bleiben und sich nicht bewegen. Bei Untersuchungen der Lunge und des Bauches bekommen Sie Atemkommandos. In manchen Fällen ist es notwendig, Kontrastmittel zu spritzen. Dies entscheidet der Arzt nach den ersten angefertigten Bildern in Abhängigkeit des Befundes. Während der Kontrastmittelgabe kann es zu einem geringen Wärmegefühl kommen. Das Risiko der Untersuchung mit Kontrastmittelgabe ist als sehr gering anzusehen. In seltenen Fällen kann es jedoch zu schweren Überempfindlichkeitsreaktionen auf Kontrastmittel kommen. **Wenn Sie während oder nach der Untersuchung etwas Außergewöhnliches an sich merken, melden Sie dies bitte dem Assistenzpersonal.** (z.B. Niesreiz, Schwindel, Kopfschmerz, Übelkeit)

#### Zur Untersuchung:

Bei Untersuchungen des Bauch- und Beckenbereiches macht es sich erforderlich, zur Kontrastierung des Darmes ein gut verträgliches verdünntes Kontrastmittel zu trinken (ca. 1/2 – 1 Liter). Nach der Untersuchung ist es ratsam, falls Kontrastmittel gegeben wurde, reichlich zu trinken. Damit wird die Ausscheidung des Kontrastmittels beschleunigt. Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen sollten dies vorsichtiger tun.

#### Wichtige Zusatzinformationen für den Arzt:

Störungen des Stoffwechsels (Zuckerkrankheit, etc.)

nein  ja

Erkrankungen an Herz, Leber, Niere, Lunge

nein  ja

Erkrankungen der Schilddrüse

nein  ja

Asthma/ Heuschnupfen

nein  ja

Tumorerkrankungen

nein  ja

Schwangerschaft

nein  ja

Vorhergehende KM – Anwendungen

nein  ja

Unverträglichkeitsreaktionen

nein  ja

Kontrastmittel, Medikamente, Nahrungsmittel etc.

Frühere CT – Untersuchungen

nein  ja

wann? .....

wo? .....

#### Erklärung des Patienten:

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

Datum

Name des Patienten

Unterschrift des Patienten

.....

.....

.....