



## **Patientenaufklärung virtuelle Colonographie des Dickdarmes**

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

Bei Ihnen soll eine virtuelle Colonographie durchgeführt werden.

Nach Einführung eines Darmrohres wird Luft in den Darm verabreicht, damit sich der Darm im CT abgrenzen lässt. Zusätzlich wird ein Medikament (Buscupan) in eine Vene injiziert, damit der Darm sich nicht bewegt. Völlegefühl und Blähungen können auftreten, zum Schmerz darf es nicht kommen. Der untersuchende Arzt ist ständig mit Ihnen im Gespräch. Es handelt sich beim der CT-Untersuchung um ein risikoarmes Untersuchungsverfahren. Die CT-Untersuchung wird in Rücken- und Bauchlage durchgeführt. In der Regel wird jodhaltiges Kontrastmittel verabreicht. Um den extrem seltenen Darmdurchbruch (Perforation) zu vermeiden, muß eine *Gewebsentnahme* (Biopsie) je nach Ausmaß *mindestens 10-14 Tage zurückliegen*.

Nach der Untersuchung erfolgt die aufwendige Bildanalyse durch den Arzt an einem speziellen Computer, die bis zu 1 Stunde in Anspruch nehmen kann. Die Untersuchung verursacht eine Belastung ihres Körpers mit Röntgenstrahlen, die etwa der Dosis einer Herzkatheteruntersuchung entspricht. Bei Personen mit Kinderwunsch sollte die Untersuchung nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden.

### **Vorbereitung:**

An den Tagen vor der Untersuchung bitte Trinkmenge erhöhen und leicht verdauliche Kost aufnehmen. Ein Rezept für Abführmittel und ein entsprechendes Vorbereitungsblatt händigen wir Ihnen bei Anmeldung aus. Am Untersuchungstag bitte früh nichts mehr essen, Trinkmenge beibehalten. Um einer Verstopfung vorzubeugen, nach der Untersuchung Trinkmenge erhöhen und viel bewegen.

Falls Sie eine Spritze zur Beruhigung des Darmes erhalten haben, dürfen sie in den nächsten 4 Stunden kein Fahrzeug führen und nicht an großen Maschinen arbeiten. Die Sehschärfe kann zeitweise herabgesetzt sein.

***Die Qualität der Darmreinigung ist für die Auswertbarkeit der Untersuchung ganz wesentlich.***

Sollten plötzliche Bauchschmerzen oder sonstiges Unwohlsein während und nach der Untersuchung auftreten, teilen sie es uns bitte umgehend mit.

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Wurde bei Ihnen kürzlich eine Darmspiegelung vorgenommen?     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <i>Wenn ja, wann:</i>   | <hr/>                       |                               |
| - Wurde eine Gewebeentnahme durchgeführt?                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Operationen im Darmbereich?                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Bei Frauen: könnten Sie schwanger sein?                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Bei Männern: liegen Prostatabeschwerden / Harnverhaltung vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Liegt ein erhöhter Augeninnendruck (Grüner Star) vor?         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Liegt eine Allergie vor?                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Liegt eine Nierenerkrankung vor?                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Patienteneinverständniserklärung:**

Ich habe die Patienteninformation gelesen und die o.g. Fragen wahrheitsgemäß beantwortet. Ich wurde ausreichend über die Untersuchung aufgeklärt, meine Fragen wurden beantwortet und ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

Mir ist bekannt und ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden die Kosten von 353,93 € selbst zu bezahlen.

---

Datum

---

Name des Patienten

---

Unterschrift