



Dres. med. St. Neumann, P. Baumann, C. Jürgens, S. Hamers, W. Flocken,  
A. Pröschold, U. Siefker, U. Bergt, J. von Lingen, N. Wendt;  
E. Schmidt, D. Krastel, J. Potthast, A. Neumann  
Fachärzte für Radiologie / Nuklearmedizin

### Computertomographie (CT)

Bei der Computertomographie kreist eine Röntgenröhre um den Patienten, der auf einer Liege langsam durch das Gerät gefahren wird. Hierbei werden sehr dünne Schichtaufnahmen der untersuchten Körperregion erstellt. Die Untersuchung dauert 5 - 10 min.

Vor den meisten Untersuchungen des Bauches ist das Trinken eines Kontrastmittels über eine Dauer von etwa 1 Stunde erforderlich.

Zusätzlich benötigen wir für viele Untersuchungen eine Kontrastmittelinjektion über eine Armvene. Krankhafte Veränderungen lassen sich hierdurch deutlicher erkennen. Außerdem erhalten wir durch die Kontrastmittelinjektion wertvolle Informationen über die Durchblutung und damit über das Wesen einer Veränderung.

Das Kontrastmittel besteht aus einer verdünnten Jodlösung. Es ist sehr gut verträglich, wobei ein Wärmegefühl im Körper während der Injektion normal ist. Selten sind allergische Reaktionen, z. B. Juckreiz oder Hautausschläge die Folge.

Nur in sehr seltenen Fällen kann dies lebensbedrohlich werden.

Bei einer Überfunktion der Schilddrüse sollte jodhaltiges Kontrastmittel nur in Ausnahmefällen verabreicht werden. Ggf. ist eine kurzfristige zusätzliche Schilddrüsenmedikation erforderlich.

Das Kontrastmittel wird über die Nieren ausgeschieden. Bei einer eingeschränkten Nierenfunktion kann Kontrastmittel zu einer weiteren Verschlechterung der Ausscheidung führen. Sie sollten auf jeden Fall nach einer Kontrastmitteluntersuchung viel trinken.

Metforminhaltige Diabetesmedikamente können nach einer Kontrastmittelinjektion verzögert ausgeschieden werden. Hierdurch kann es zu einer Überdosierung dieser Medikamente kommen. Bei eingeschränkter Nierenfunktion dürfen Sie erst 48 Stunden nach einer Kontrastmittelgabe wieder eingenommen werden. Wenn Sie nicht mit der Weiterleitung des Untersuchungsergebnisses an weiterbehandelnde Ärzte einverstanden sind, teilen Sie uns dies bitte mit.

	ja	nein
• Ist bei Ihnen eine Funktionsstörung der Schilddrüse bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist bei Ihnen eine Medikamenten- oder Kontrastmittelallergie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist eine Nierenfunktionsstörung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie Diabetesmedikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bestehen bei Ihnen infektiöse Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Name:**

**Geb. Datum:**

**Vorname:**

**Tel.:**

**Einwilligungserklärung:**

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung nach genügender Bedenkzeit ein.

Ich bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

ja  nein

Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens

Ich wünsche die Aushändigung einer Kopie dieses Aufklärungsbogens

**Datum:**

**Unterschrift: X**

Unterschrift des aufklärenden Arztes: