

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie wurden uns von Ihrem behandelnden Arzt zur Computertomographie überwiesen. Lassen Sie sich kurz über das Prinzip dieser Methode informieren.

Prinzip – Methode der CT

Bei der Computertomographie handelt es sich um eine Kombination von Röntgen- und Computertechnik. Die abzubildende Körperregion wird aus verschiedenen Richtungen mit begrenzten Röntgenstrahlenbündeln durchstrahlt, um Querschnittsbilder zu gewinnen. Dazu dreht sich das Mess-System (Röntgenröhre – Detektoren) um den liegenden Patienten. Die gewonnenen Messdaten werden im Computer zu Abbildungen umgesetzt.

Für die Untersuchung werden Sie auf einer bequemen Liege langsam in die Öffnung des Gerätes hinein gefahren, während Ihr Körper in den zu untersuchenden Regionen millimetergenau „abgetastet“ wird.

Auf diese Weise kann das Innere Ihres Körpers sehr zuverlässig und genau dargestellt werden. Moderne Spiral-Scanner können die Genauigkeit der Untersuchung verbessern und dabei die Untersuchungsdauer und auch die Strahlenbelastung reduzieren. Die erzeugten digitalen Datensätze stehen für eine weitere analytische Bearbeitung (3D-Bilder) zur Verfügung.

Bestimmte diagnostische Fragestellungen, die sich auch erst bei der Untersuchung ergeben können, machen die Anwendung eines **jodhaltigen Kontrastmittels** erforderlich. Dieses wird über eine Armvene in das Blutgefäßsystem gespritzt. Das Kontrastmittel ist im Allgemeinen gut verträglich. Selten kommt es aber zu Nebenwirkungen wie Übelkeit, Hautrötung und Hitzegefühl. Sehr selten sind schwere Reaktionen, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen bzw. zu bleibenden Schäden führen können (ca. 0,04 % der Fälle).

Die meisten Patienten erleben keinerlei Nebenwirkungen durch die Kontrastmittel. Sollte dennoch eine Unverträglichkeit auftreten, ist natürlich ärztliche Hilfe gegeben.

Hinweis:

Vor einer intravenösen Kontrastmittelgabe sollten Sie ca. 4 Stunden keine Nahrung mehr zu sich genommen haben. Die üblichen Medikamente dürfen mit klarer Flüssigkeit eingenommen werden. Bei einer geplanten Untersuchung des Bauchraumes ist häufig das Trinken eines Darmkontrastmittels erforderlich. In diesem Fall berücksichtigen Sie bitte für die Einnahme des Kontrastmittels und die darauf folgende Untersuchung in Ihrer Tagesplanung einen ca. zweistündigen Aufenthalt in unserer Praxis.



**Facharzt – Diagnostik – Therapiezentrum
im Gesundheitszentrum Springfuhl**
Allee der Kosmonauten 47 | 12681 Berlin
fon 030. 54 29 111 | Anmeldung
fon 030. 54 55 572 | Sekretariat
fax 030. 54 58 947
info@ct-mrt-neuroradiologie.de
www.ct-mrt-neuroradiologie.de

Prof. Dr. sc. med. Jörg Planitzer
Dr. med. Maria Planitzer
ÄRZTE FÜR RADIOLOGISCHE DIAGNOSTIK
(NEURORADIOLOGIE)
ÄRZTE FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE

Dr. med. Konstanze Schütze
ÄRZTIN FÜR DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE

- MRT (Kernspintomographie)
- CT (Computertomographie)
- CT-gestützte Schmerztherapie an der Wirbelsäule

... Bitte wenden ...❖

Name, Vorname: _____
BITTE IN DRUCKSCHRIFT

Bitte beantworten Sie zur Überprüfung möglicher Risiken folgende Fragen:

Ist bei Ihnen früher bereits eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel-Injektion in ein Blutgefäß vorgenommen worden? nein ja

Haben Sie Allergien? nein wenn ja, welche

Leiden Sie unter Asthma? nein ja

Leiden Sie unter Heuschnupfen? nein ja

Leiden Sie unter erhöhtem Augeninnendruck (Glaukom)? nein ja

Leiden Sie an „Zuckerkrankheit“ (Diabetes mellitus)? nein wenn ja

Nehmen Sie deshalb ein methforminhaltiges Arzneimittel ein? nein ja

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung?
Kreatininwert: _____ nein ja

Gibt es Hinweise für eine Schwangerschaft? nein ja

Leiden Sie an einer Überfunktion der Schilddrüse?
TSH-Wert: _____ nein ja

Hatten Sie Operationen an der Wirbelsäule oder am Kopf?
(Nase, Augen, Ohr, Gehirn, Zähne) nein wenn ja, wann/welche

Hatten Sie andere Operationen am Körper? nein wenn ja, wann/welche

Einverständniserklärung

Ich bin über die zu erfolgende Untersuchung und deren mögliche Gefahren unterrichtet worden und mit ihrer Durchführung einverstanden. nein ja

Wenn erforderlich willige ich auch in eine intravenöse Kontrastmittel-Injektion ein. nein ja

Datum:

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Patienten
(bzw. der Sorgerecht tragenden Person)