



Informationen zur Computertomographie (CT)



Computertomographie—was ist das ?

Die Computertomographie (CT) verwendet Röntgenstrahlen, um Schichtbilder oder 3D-Bilder des Körpers zu erzeugen. Dabei kreist eine Röntgenröhre mit einem Strahlenempfänger um den Körper. Die Auswertung der Daten im Computer führt zu einer besonders genauen Darstellung der Organe.

Was kommt auf mich zu ?

Der technische Teil der Untersuchung wird von einer speziell ausgebildeten medizinisch-technischen Röntgenassistentin mit Ihnen durchgeführt und vom Arzt am Bildschirm überwacht.

Vor Untersuchungen des Bauchraumes ist es notwendig, ein Kontrastmittel zu trinken, um die Darmschlingen von krankhaften Veränderungen abgrenzen zu können. Der Weg des Kontrastmittels durch den Darm dauert leider mindestens 30 Minuten.

Während der Untersuchung selbst liegen Sie für etwa 15-20 Minuten im Röhren-Empfängersystem des CT, der sog. Gantry.

Oft müssen wir Röntgenkontrastmittel in die Armvene spritzen, weil viele Erkrankungen, besonders Tumore, Entzündungen und Hirnerkrankungen in der CT erst an der Kontrastmittelanreicherung erkennbar werden.

Risiken der CT

Neben der Belastung durch die Röntgenstrahlung entstehen Risiken im wesentlichen durch die Anwendung von Kontrastmittel in der Blutbahn. Meist handelt es sich um harmlose, vorübergehende Übelkeit oder Hautjucken. Sehr selten treten schwere allergische Atem- oder Kreislaufstörungen auf. Betroffen sind meist Menschen, die schon an verschiedenen anderen Allergien leiden. Außerdem gibt es noch Wechselwirkungen mit einigen Medikamenten, seltenen Krankheiten sowie Schilddrüsenerkrankungen wegen des enthaltenen Jods.

Wann kann eine Kontrastmittel-CT nicht durchgeführt werden ?

- Wenn Sie eine **Allergie** gegen Röntgen-Kontrastmittel haben.
- Wenn Sie an einer schweren **Schilddrüsenüberfunktion** leiden.
- Wenn Sie Blutzucker-Tabletten einnehmen, die **Metformin** enthalten.
- Bei schweren **Nierenfunktionsstörungen**.
- Wenn Sie die Knochenmarkerkrankung „**Plasmozytom**“ haben.
- In der **Schwangerschaft**.



Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ + Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Krankenkasse: _____

Überweisender Arzt: _____ Nachrichtlich auch an _____

Wurde Ihnen schon einmal Röntgen-Kontrastmittel verabreicht (z.B. bei Untersuchung der Nieren und Harnwege, Blutgefäße, Gallenwege oder des Gehirns) ?

Ja, und zwar im Jahre _____ bei _____ Nein

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente oder Nahrungsmittel bekannt ?

Ja, und zwar _____ Nein

Leiden Sie an Heuschnupfen, allergischem Asthma oder der Krankheit „Neurodermitis“ ?

Ja, und zwar _____ Nein

Sind Sie zuckerkrank und nehmen Sie deswegen Medikamente ein ?

Ja, und zwar _____ Nein

Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung oder leiden Sie an der Krankheit „Plasmozytom“ ?

Ja, und zwar _____ Nein

Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt und nehmen Sie deswegen Medikamente ein ?

Ja, und zwar _____ Nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft ?

Ja Nein

Welches sind Ihre derzeitigen Beschwerden ?

Wichtig !

Wir weisen darauf hin, dass wir für Schäden, die durch Nichtbeachtung der Anweisungen unseres Untersuchungspersonals entstehen können, nicht haften.

Wenn Sie Fragen zur Untersuchung, zu möglichen Risiken und Nebenwirkungen haben, sprechen Sie uns bitte an !

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie uns bitte hier, dass Sie sich ausreichend aufgeklärt fühlen und der Computertomographie, wenn nötig auch der Kontrastmittelgabe, zustimmen.

Lübeck, den _____ Unterschrift: _____