



Name, Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Einverständniserklärung zu einer Computertomographie (CT) mit jodhaltigen Kontrastmitteln

Liebe Patientin, lieber Patient!

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Computertomographie (CT) zu uns überwiesen, bei der wir **Röntgen-Kontrastmittel (= jodhaltiges Kontrastmittel) in eine Vene** einspritzen müssen, damit die an uns gerichtete Fragestellung mit der größtmöglichen Genauigkeit und Zuverlässigkeit beantwortet werden kann. Ihr behandelnder Arzt benötigt diese Information um Sie richtig behandeln zu können.

Die Rechtsprechung der vergangenen Jahre verpflichtet uns, Sie hinreichend über die möglichen **typischen Risiken und Nebenwirkungen** einer Kontrastmittelgabe aufzuklären und Sie danach um Ihre Zustimmung zu bitten. Bitte beantworten Sie uns daher zunächst gewissenhaft die folgenden Fragen, damit wir Ihr individuelles Untersuchungsrisiko besser abschätzen können.

Moderne Röntgen-Kontrastmittel sind äußerst sicher.

Sie üben normalerweise im Körper keine schädlichen Wirkungen aus und werden rasch wieder über die Nieren oder die Leber ausgeschieden.

Leichte Nebenwirkungen treten bei weniger als 1 von 100 Anwendungen auf; schwere, lebensbedrohliche Komplikationen sind seltener als 1 auf 10.000 Untersuchungen. Die meisten unerwünschten Wirkungen treten sofort oder in den ersten 2 Stunden nach Kontrastmittelgabe auf. Wir sind selbstverständlich auf die Behandlung von Nebenwirkungen und Komplikationen eingerichtet und können Sie bei einem erhöhten Risiko **ggf. vorbehandeln**. Dennoch können bei Ihnen vereinzelt folgende **Nebenwirkungen** durch die Kontrastmittelgabe auftreten:

1. **Unverträglichkeitsreaktionen**, wie Hautrötung, Hautjucken, Kratzen im Hals, Niesreiz, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Atemnot, Kreislaufreaktion. Nur in extrem seltenen Ausnahmefällen kann wegen der Schwere der Reaktion eine intensivmedizinische Krankenhausbehandlung erforderlich werden.
2. **Schilddrüsenüberfunktion** bei vorerkrankten Patienten.
3. **Störung der Leber- und Nierenfunktion** bei Patienten mit vorgeschädigter Leber oder Nieren und bei Patienten mit **Zuckerkrankheit**.

Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unser Personal oder einen der Ärzte.

Bitte füllen Sie den umseitigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus.

Radiologie / Neuroradiologie

Dr. med. Ulrich von Smekal

Dr. med. Ulrich Hirschfeld

Dr. med. Matthias Hackenbroch

Friedrich Meyer

Dr. med. Thomas Bartz

Nuklearmedizin

Dr. med. Hanno Blasberg

Dr. med. Ali Al-Shiblak

MRT (Kernspintomographie)

MR-Mammographie

Kardio-MRT

Ganzkörper-MRT

Prostata-MRT

CT (Computertomographie)

Ultra low-dose-CT

Kardio-CT

CT-gesteuerte Schmerztherapie (PRT)

Röntgendiagnostik

Digitale Radiographie

Digitale Mammographie

Ultraschalldiagnostik

Mammasonographie

Nuklearmedizin

Schilddrüse, Nieren, Knochen

DAT-Scan

Myokardszintigraphie





Name, Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Einverständniserklärung zu einer Computertomographie (CT) mit jodhaltigen Kontrastmitteln

Bitte beantworten Sie gewissenhaft und wahrheitsgemäß die folgenden Fragen (Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| Haben Sie schon einmal Röntgen-Kontrastmittel (=jodhaltiges KM) gespritzt bekommen? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja _____ |
| Ist dabei eine Allergie / Unverträglichkeit aufgetreten? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja _____ |
| Sonstige bekannte Allergien / Unverträglichkeiten? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja _____ |
| Besteht eine Nierenerkrankung? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja _____ |
| Metformin-Einnahme bei Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja _____ |
| Ist eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja _____ |
| Herzkrankheit | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja _____ |
| sonstige Erkrankungen | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja _____ |
| Bei Frauen: Sind Sie zurzeit schwanger? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja _____ |

Individuelle Angaben / Fragen :

„Ich habe das Informationsblatt gelesen und alles verstanden. Meine Fragen wurden im ärztlichen Aufklärungsgespräch verständlich beantwortet. Ich weiß, dass fehlerhafte oder unvollständige Angaben zu meinem Gesundheitszustand das Risiko der Untersuchung für mich erhöhen können. Ich habe die Aufklärung verstanden, habe keine weiteren Fragen und bitte um die Durchführung der vorgeschlagenen Computertomographie mit Kontrastmittel.“

Euskirchen, den _____
(Datum/Uhrzeit)

Unterschrift(en) Patient bzw. Sorgeberechtigte

Unterschrift aufklärende Person bzw. Arzt

Größe: _____ Gewicht: _____ kg

Ggf. Unterschrift Zeuge/Dolmetscher

Die Aushändigung dieses Aufklärungsbogens nach der Untersuchung steht Ihnen zu, bitte sprechen Sie uns an.

