



HELIOS Klinikum Berlin – Robert-Rössle-Klinik
Charité – Campus Berlin-Buch • D -13122 Berlin

Charité

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
MEDIZINISCHE FAKULTÄT
DER HUMBOLDT-UNIVERSITÄT
CAMPUS BERLIN-BUCH

Funktionsbereich Radiodiagnostik
Leiter: Univ.-Prof. Dr. h. c. R. Felix

**Fachambulanz für diagnostische und inter-
ventionelle Radiologie**

Röntgendiagnostik
Tel. (030) 94 17 – 1265
Fax (030) 94 17 – 1281
Email: gebauer@rrk-berlin.de

Name: _____
Vorname: _____
Geb. – Datum: _____
Adresse: _____
Krankenkasse: _____

Patientenaufklärung über Computertomographie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu uns mit der Bitte überwiesen, bei Ihnen eine Computertomographie durchzuführen. Hierbei kann es je nach zu untersuchendem Organsystem und zu beantwortender Fragestellung sinnvoll oder sogar erforderlich sein, ein intravenöses Kontrastmittel zu verabreichen.

Bei dem Kontrastmittel handelt es sich um ein jodhaltiges Röntgenkontrastmittel, das über eine Armvene appliziert wird. Diese Art Kontrastmittel wird zumeist sehr gut vertragen und bei den selten auftretenden unerwünschten Wirkungen handelt es sich überwiegend um vorübergehende Störungen des Wohlbefindens. So können z.B. ein Wärmegefühl sowie Schwindel oder eine leichte Übelkeit auftreten. Hautrötung, Quaddelbildung und Juckreiz sind die häufigsten allergischen Reaktionen. In sehr seltenen Fällen kann es jedoch auch zu einer Atemwegs- oder Herzkreislaufbeteiligung kommen. Während der Untersuchung stehen wir in ständigem Kontakt mit Ihnen und es können sofort die erforderlichen medizinischen Maßnahmen zur Behandlung einer Unverträglichkeit eingeleitet werden. Bitte seien Sie durch diese Aufklärung nicht beunruhigt. Wir sind heute im Sinne der Wahrung Ihrer persönlichen Rechte gehalten, Sie über mögliche Komplikationen zu informieren und benötigen zur Kontrastmittelgabe Ihr Einverständnis.

Zuvor bitten wir Sie noch, einige Fragen zu beantworten.

Haben Sie bei einer früheren Röntgenuntersuchung bereits ein Kontrastmittel erhalten (z.B. Herzkatheter, Beinvenendarstellung)? nein ☐ ja ☐

Sind hierbei Zeichen einer Unverträglichkeit aufgetreten? nein ☐ ja ☐

Ist bei Ihnen eine Allergie (Heuschnupfen, Asthma etc.) bekannt? nein ☐ ja ☐

Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? nein ☐ ja ☐

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? nein ☐ ja ☐

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)? nein ☐ ja ☐

Wenn ja, nehmen sie Tabletten zur Behandlung der Zuckerkrankheit vom Typ der Biguanide? (Biacos®, Diabesin®, Diabetase®, Glucobon®, Glucophage®, Mediabet®, Megglucon®, Mescorot®, Met® 500/800, Metformin®, Siofor®, Thiabet®) nein ☐ ja ☐

Könnten Sie schwanger sein oder stillen Sie zur Zeit? nein ☐ ja ☐

Bitte wenden

Notizen des aufklärenden Arztes:

Nach Abschluß der Untersuchung empfehlen wir Ihnen, noch einige Zeit im Wartebereich Platz zu nehmen, da Unverträglichkeitsreaktionen auch verzögert auftreten können.

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet.
Ich stimme der Untersuchung mit intravenösem Kontrastmittel zu.

Datum: _____ Patient: _____

Arzt: _____ Zeuge: _____

Bei Untersuchung von Kindern oder Jugendlichen unter 18 Jahren:

Als Erziehungsberechtigter bzw. Vormund stimme ich der Untersuchung meines Kindes, das Einverständnis meines/r miterziehungsberechtigten Partners/Partnerin voraussetzend, zu.

Datum: _____

Erziehungsberechtigter: _____

Arzt: _____ Zeuge: _____