PATIENTENETIKETT

COMPUTERTOMOGRAPHIE (CT)

Version 1 (Rev. 6.7.2026 ka)

Die Computertomographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung die Schichtaufnahmen des Körpers anfertigt. Dadurch können wichtige Informationen über die Lage von Krankheitsherden gewonnen werden.

Spezielle Untersuchungen erfordern eine **Kontrastmittelgabe** über die Armvene. Bei Fragen bezüglich des Kontrastmittels wenden Sie sich an das Fachpersonal oder scannen Sie den QR-Code. Beim Injizieren des Kontrastmittels kann es zu einem **Wärmegefühl oder zu einem bitteren Geschmack auf der Zunge** kommen.

Dies ist völlig normal und verschwindet in der Regel nach wenigen Minuten wieder. Auch **Rötungen oder kleine Blutergüsse** an der Einstichstelle sind möglich. Ganz selten kann es passieren, dass bei der Injektion die **Vene platzt** oder die **Kanüle fehlerhaft** liegt. In diesem Fall kann das Kontrastmittel in das umliegende Gewebe gelangen. Dies ist schmerzhaft. **Bitte melden Sie sich sofort,** damit eine weitere Injektion gestoppt werden kann.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Ihr Gewicht: **……... kg**

Sind im Zuge einer Kontrastmittelverabreichung **UNVERTRÄGLICHKEITSERSCHEINUNGEN** aufgetreten? (z. B. Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Hautausschlag / Bewusstlosigkeit)	Ja ☐	Nein ☐
Haben Sie eine bekannte **NIERENFUNKTIONSSTÖRUNG**?	Ja ☐	Nein ☐
Sind Sie zuckerkrank? Haben Sie **DIABETES MELLITUS**?	Ja ☐	Nein ☐
Wenn Ja, nehmen Sie metforminhaltige Medikamente ein? (z.B. Glucophage, Diabetex,……)	Ja ☐	Nein ☐
Leiden oder litten Sie an einer **INFEKTIONSKRANKHEIT** (z.B. Hepatitis, TBC, HIV/AIDS) Wenn ja, an welcher? ……	Ja ☐	Nein ☐
Ist eine **Allergie** gegen **Jod** oder jodhältige Kontrastmittel bekannt?	Ja ☐	Nein ☐
Liegt bei Ihnen eine **SCHILDDRÜSENERKRANKUNG** vor? Wenn Ja, welche und nehmen Sie dafür Medikamente ein? (z. B. Favistan / Carbimazol / Irenat / Prothiucil / Thyreogutt / Thyrex / Eurthyrox ……	Ja ☐	Nein ☐
Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie **SCHWANGER** sein oder **STILLEN** Sie ihr Kind?	Ja ☐	Nein ☐
Sind Sie mit der Gabe eines **KONTRASTMITTELS BEI BEDARF** einverstanden?	Ja ☐	Nein ☐

BESCHWERDEN/SYMPTOME (Schmerzen, Probleme, Beeinträchtigungen)

☐ Beschwerden sind neu aufgetreten (seit ≤ 3 Tagen) ☐ Beschwerden bestehen schon seit mehreren Wochen

Ich bestätige, dass ich den Inhalt gelesen und verstanden habe. Mit dieser Unterschrift stimme ich der Durchführung der Untersuchung zu!

IHRE UNTERSCHRIFT: ……

(vom Untersucher auszufüllen):

☐ errechnetes GFR_____

☐ nativ

☐ _____ ml Accupaque 350 mg J/ml i.v.

☐ sonstige Anmerkungen: _____

☐ **Kürzel:**_____

☐ **SOP**