

**AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die COMPUTERTOMOGRAPHIE****Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

Sie sind von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin, zu einer Computertomographie (CT) – Untersuchung überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Dieser Bogen stellt eine Basisinformation dar. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinisch-technische Personal oder den untersuchenden Arzt.

**Wozu Kontrastmittel?**

Je nach Untersuchung kann es notwendig sein, dass Ihnen eine Kontrastmittelspritze oder Infusion in den Arm verabreicht wird. Dies kann zur Darstellung bestimmter Organe und anatomischer Körperstrukturen erforderlich sein und helfen, krankhafte Veränderungen zu erkennen. Durch das Kontrastmittel kann bei manchen Untersuchungen die Aussagekraft verbessert werden.

**Gibt es Komplikationen?**

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Injektion - zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Nach Verabreichung des Kontrastmittels können auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, den Arzt.

Wissenschaftliche Untersuchungen<sup>1</sup> zeigen, dass ca. 97% der Patienten Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04% angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Das Risiko der Untersuchung ist daher im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr gering. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um möglicherweise ein bei **Ihnen** bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

- Ich bin damit einverstanden, dass die Bilder und Befunde der bei mir durchgeführten Untersuchung(en) an die Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) gesendet werden, damit sie dort im Falle einer notwendigen Behandlung meiner Person rasch abgerufen werden können. Diese übermittelten Bilder und Befunde werden im Wiener Krankenanstaltenverbund elektronisch abgelegt und gelangen erst bei meinem nächsten Besuch in einer Einrichtung des Wiener Krankenanstaltenverbundes zur Beachtung.

\* KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621 – 628)



- |  |                               |                               | <b>Anmerkung</b> |
|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------|
| <b>1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?</b>   |                               |                               |                  |
| ■ Nierenröntgen (IVU)  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Computertomographie (CT)   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Darstellung der Beinvenen (Phlebographie)  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Gefäßröntgen (Angiographie / Cardangiographie)   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| <b>2. Traten nach Kontrastmittelverabreichung Nebenwirkungen auf?</b>  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| <b>Wenn ja, welche?</b>  |                               |                               |                  |
| ■ Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Asthmaanfall   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Hautausschlag  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Krampfanfälle, Bewußtlosigkeit   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Schüttelfrost  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Schmerzen  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| <b>3. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt...</b>   |                               |                               |                  |
| ■ Asthma ?   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Allergien, die einer Behandlung bedürfen ?   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ des Herzens ?  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ der Niere / Nebenniere ?   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ der Schilddrüse ?  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Zuckerkrankheit  | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| ■ Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie? .....  |                               |                               |                  |
| Metforminhaltige Medikamente sollten für die Dauer von 48 Stunden nach Kontrastmittelapplikation abgesetzt werden.   |                               |                               |                  |
| ■ M. Kahler (multiples Myelom) ?   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| <b>4. Sind Sie schwanger? / Stillen Sie?</b>   | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   | .....            |
| <b>5. Größe: ..... Gewicht: .....</b>  |                               |                               |                  |
| <b>Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr</b>  |                               |                               |                  |
| <b>6. Möchten Sie, dass Sie das DZB für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm anmeldet, sodass Sie in den nächsten Tagen bei uns eine kostenlose Mammographie durchführen können?</b> |                               |                               |                  |
|  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein |                  |

**Achtung:** Wenn Ihnen wegen Platzangst ein Beruhigungsmittel verabreicht werden muss, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. **Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.** In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der/des Patientin/en  
bzw. des gesetzlichen Vertreters**

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Ärztin / Arzt

\_\_\_\_\_  
Datum / Uhrzeit

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift der/des MTD

**Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem/der Assistenten/in zu übergeben**

**Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:**

.....  
Der/die Patient/in, geb.: ..... stimmt der Untersuchung zu: Ja / Nein

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.

Dieses Aufklärungsmerkblatt ist auch im Internet abrufbar [www.gerot.at](http://www.gerot.at) und [www.oerg.at](http://www.oerg.at)  
Dieses Aufklärungsmerkblatt wurde von folgender Arbeitsgruppe erstellt: Prim. Dr. W. Küster - Prim. Univ.-Prof. Dr. G. Mostbeck - S. Mörtz - Kaisergruber, B.S., M.I.M. - Univ.-Prof. Dr. H. Ofner M.Jur., - Mag. iur. Dr. med. A. Resch-Holeczke - Univ. Prof. Dr. W. Schima  
Die ÖRG befürwortet diese Initiative zur verbesserten Patientenaufklärung.