

Patientenetikett

Computertomographie des Gehirnes

Ihr Arzt hat entschieden, dass eine Computertomographie des **Gehirnes** durchgeführt werden soll. Diese Untersuchung dauert ca. 15 Minuten. Je nach klinischer Fragestellung ist die Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels erforderlich. In seltenen Fällen kann durch die Gabe des Kontrastmittels ein allergischer Schock ausgelöst werden, der in extrem seltenen Fällen auch zu einer intensivmedizinischen Behandlung führen kann. Weiterhin ist das Kontrastmittel nierenschädlich, sie sollten daher nach der Untersuchung ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen. Durch das Kontrastmittel kann – auch noch nach Wochen- eine Schilddrüsenüberfunktion ausgelöst oder verschlimmert werden.

Um eine bessere Risikoabschätzung vornehmen zu können, bitten wir Sie die unten stehenden Fragen zu beantworten.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht eine Schwangerschaft: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Besteht oder bestand eine Nierenerkrankung: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ist eine Herzerkrankung bekannt: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ist bei Ihnen ein Diabetes bekannt: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leiden sie unter Allergien (Kontrastmittel?): | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an einer Hepatitis- oder HIV- Infektion? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Gewicht Größe

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden, habe keine Fragen mehr und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Sankt Augustin, den _____

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes