

Computertomographie (CT)

Bitte die Rückseite beachten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll heute eine **Computertomographie (CT)** durchgeführt werden. Dies ist eine moderne diagnostische Methode, bei der Sie auf einer Liege schrittweise durch eine 80 cm große Öffnung gefahren werden. Mit Hilfe eines um Sie rotierenden Röntgenstrahls werden Schnittbilder angefertigt.

Die Untersuchungsdauer beträgt ca. 10-20 Minuten.

Oft wird während der Untersuchung Kontrastmittel gespritzt.
Bitte geben Sie vor der Untersuchung an, ob bei früheren Untersuchungen Unverträglichkeitsreaktionen aufgetreten sind.

Bei Untersuchungen des Bauchraumes bekommen Sie vor der Untersuchung Kontrastmittel zu trinken. Bitte trinken Sie in langsamen regelmäßigen Schlucken, damit der Darm von oben bis unten gleichmäßig gefüllt ist. **Nehmen Sie sich dafür ca. 1,5 - 2 Stunden Zeit.**

Bitte händigen Sie uns Voraufnahmen sowie Arztberichte von Voruntersuchungen des zu untersuchenden Körperabschnittes schon vor Beginn der Untersuchung aus.

Ihr nächster Termin: _____ Uhrzeit: _____

Bitte bringen Sie Ihre Voraufnahmen (CD) und Befunde mit.

Bei Untersuchungen mit **Kontrastmittel**: Laborwerte (Kreatinin, GFR, TSH)

Alprad Rosenheim

Im Ärztehaus
Luipoldstraße 4
83022 Rosenheim

Alprad Trostberg

Im Facharztzentrum
Siegerhöhe 3
83308 Trostberg

Alprad Fridolfing

In der Salzachklinik
Krankenhausstr. 1
83413 Fridolfing

Name: _____ **Telefonnummer:** _____

Wurde bei Ihnen bereits früher eine Computertomographie durchgeführt? JA NEIN

Waren Sie bereits für die heutige Untersuchung in einer **anderen** Radiologie für ein CT?
Für einen Vergleich benötigen wir die Voraufnahmen. Wo waren Sie? JA NEIN

Bitte händigen Sie uns Voraufnahmen sowie Arztberichte von Voruntersuchungen des zu untersuchenden Körperabschnittes schon **vor Beginn** der Untersuchung aus.

Wurden Sie schon an dem zu **untersuchenden Bereich** operiert?
wenn ja, an welchem Körperteil? Wann? _____ JA NEIN

Besteht eine Lebensmittel- oder Medikamenten**allergie**?
Wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Frühere **allergische** Reaktionen auf Röntgenkontrastmittel? JA NEIN

Sind Sie **Diabetiker**? Nehmen Sie Tabletten und wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Wenn ja, welche _____ JA NEIN

Haben Sie eine ansteckende Infektionskrankheit(z.B. Hepatitis, HIV, TBC)?
Wenn ja, welche? _____ JA NEIN

Haben Sie sich verletzt, wenn ja was ist passiert und wann?

Gewicht: _____ **kg** **Größe:** _____ **cm**

Der Befund wird **automatisch** an Ihren
überweisenden Arzt geschickt, dies kann ca. **2-3 Tage** dauern.
Die Einverständniserklärung zur Befundübermittlung kann widerrufen werden.

Besprechungstermin: _____
Geben sie uns bitte **rechtzeitig Bescheid**, falls ihr **Termin noch am selben, oder am nächsten Tag stattfindet**.

Einverständniserklärung: Schädel, Hals, Thorax, Abdomen JA NEIN

Falls erforderlich, willige ich in die Gabe von **intravenösem Kontrastmittel** ein

von der Praxis auszufüllen: Laborwerte bei Untersuchungen mit Kontrastmittel:

Kreatinin: _____ GFR: _____ TSH: _____

Frauen im gebärfähigen Alter:
Sind sie schwanger? JA NEIN
Stillen Sie? JA NEIN

AlpRad, den _____ X _____
Datum **Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)**