

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Bei Ihnen wird eine Untersuchung mittels eines Computertomographen vorgenommen. Die Computertomographie ist ein bildgebendes Verfahren, welches die Darstellung von aussen nicht sichtbarer Organe ermöglicht. Dabei rotiert die Abtasteinheit, bestehend aus Röntgenstrahler und Detektor, ringförmig um Ihren Körper, und ermöglicht so die Aufnahme und dreidimensionale Darstellung der zu untersuchenden Organe. An dieser Stelle möchten wir Sie über den Ablauf der Untersuchung und eventuelle Risiken aufklären.

### **Ablauf**

- Die Untersuchung dauert in der Regel etwa 30 Minuten.
- Es ist wichtig, dass Sie während der Untersuchung möglichst ruhig liegen. Sie können bei allfällig auftretendem Unwohlsein jederzeit mit dem Personal kommunizieren.
- Falls es die Untersuchung erfordert, wird Ihnen ein Kontrastmittel in die Vene verabreicht.

### **Verhalten nach der Untersuchung**

Nach der Untersuchung können Sie Ihre üblichen Aktivitäten wieder aufnehmen. Sollten Sie bei der Untersuchung intravenös Kontrastmittel erhalten haben, so ist es erforderlich, danach mindestens 1 ½ Liter Flüssigkeit zu trinken, um der Niere ein rasches Ausscheiden des Mittels zu erleichtern.

**Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten haben, darf für eine Zeitdauer von 12 Stunden weder ein Fahrzeug gelenkt, noch eine gefährliche Maschine bedient werden.**

Falls Sie am Tag nach der Untersuchung etwas Ungewöhnliches feststellen, kontaktieren Sie uns bitte umgehend.

### **Risiken**

Wenn bei Ihnen ein Kontrastmittel verwendet werden muss, kann es in seltenen Fällen zu einer allergischen Reaktion kommen.

Um diesem Risiko und allfälligen weiteren Kontraindikationen vorzubeugen, bitten wir Sie um Beantwortung der Sicherheitsfragebogen.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Name : _____	Geburtsdatum : <input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>
Vorname: _____	Gewicht : <input type="text"/>	kg	
	Grösse : <input type="text"/>	cm	

	JA	NEIN
Leiden Sie an bekannten Allergien gegen Kontrastmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an bekannten Allergien gegen bestimmte Medikamente? Wenn ja, an welcher(s) Medikament(e)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an sonstigen Allergien oder Asthma? Wenn ja, an welcher(n) Allergie(n): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Nierenerkrankung oder Niereninsuffizienz ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes? Wenn ja, welches Medikament nehmen Sie ein (z.B. Metformin)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie hohen blutdruck ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein (z. B. Aspirin, Sintrom,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Frauen :</b> Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen/weitere Informationen? _____		
<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information der Untersuchung gelesen habe und diesen Fragebogen verstanden und richtig beantwortet habe, und erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass Affidea bei Bedarf frühere Berichte oder Untersuchungsergebnisse anfordern kann, um sich ein besseres Bild von meinen Fall machen zu können.</p>		
Unterschrift des Patienten: _____	Datum : <input type="text" value="/"/>	<input type="text" value="/"/>