

Sie wurden von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt für eine Computertomografie-Untersuchung angemeldet. Die Computertomografie ist eine spezielle Form der Röntgenuntersuchung, die eine überlagerungsfreie Darstellung der Organe, mit Hilfe der Schnittbildtechnik ermöglicht.

Vorbereitung

Je nach Fragestellung ist es notwendig, dass Kontrastmittel zum Einsatz kommt. Damit der Magendarmtrakt gut beurteilt und vom restlichen Gewebe abgegrenzt werden kann, bekommen Sie 1–2 Stunden vor der Untersuchung einen Liter Kontrastmittel zu trinken. Das getrunkene Kontrastmittel wird wieder normal über den Darm ausgeschieden.

Zur Beurteilung des Enddarmes wird möglicherweise unmittelbar vor der Untersuchung ein kleiner Einlauf gemacht.

Damit die Durchblutung der Organe und der Gefässe dargestellt werden kann, braucht es zusätzlich noch ein nierengängiges Kontrastmittel, welches über eine Armvene in den Blutkreislauf gespritzt wird. Ausgeschieden wird diese farblose Flüssigkeit über das Nierensystem. Um die Nieren zu entlasten, ist es wichtig, dass Sie nach der Untersuchung viel trinken. Es ist üblich, dass das nierengängige Kontrastmittel ein Wärmegefühl im Körper und Harndrang auslöst. Beides verschwindet nach wenigen Sekunden wieder.

Durchführung der Untersuchung

Die eigentliche Untersuchung dauert zwischen 5 und 15 Minuten. Sie liegen auf einem Untersuchungstisch, welcher mehrmals langsam durch den Computertomografen (Gantry) hindurchfährt. Während den Aufnahmen ist es sehr wichtig, dass Sie sich nicht bewegen. Bei Untersuchungen von Herz, Lunge und Bauchorganen werden Sie noch ein Atemkommando erhalten z.B. «Einatmen und die Luft anhalten... und jetzt weiter atmen».

Um einen reibungslosen Untersuchungsablauf zu ermöglichen, benötigen wir von Ihnen folgende Informationen:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Grösse (cm) _____ Gewicht (kg) _____

- 1. Ist bei Ihnen schon früher eine Computertomografie durchgeführt worden? Ja Nein
- 2. Haben Sie schon früher Röntgen-Kontrastmittel bekommen? Ja Nein
Wenn ja, haben Sie es gut vertragen? Ja Nein
- 3. Haben Sie ein medizinisches Gerät im oder am Körper?..... Ja Nein
- 4. Ist bei Ihnen eine Unverträglichkeit/Allergie bekannt?..... Ja Nein
Wenn ja, welche?.....
- 5. Haben Sie Diabetes (erhöhten Blutzucker)?..... Ja Nein
Wenn ja, welches Blutzucker-Medikament nehmen Sie?.....
- 6. Haben Sie eine Schilddrüsen-Überfunktion? Ja Nein
- 7. Haben Sie eine bekannte Nierenerkrankung?..... Ja Nein
- 8. Ist eine Infektionskrankheit bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV+, TBC)?..... Ja Nein
- 9. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?..... Ja Nein

Mit meiner Unterschrift gebe ich das Einverständnis, dass das Zuger Kantonsspital notwendige medizinische Informationen/Bilddaten bei Spitälern/Radiologie-Instituten/Ärztinnen/Ärzten, die in meine Behandlung einbezogen sind, einholen bzw. an diese weiterleiten darf.

Datum _____ **Unterschrift** _____

Das Formular wurde durch eine/n Vertreter/in ausgefüllt: _____