

(((CT)))

Information und Zustimmungserklärung Zur CT (Computer Tomograph) Untersuchung

Name des Patienten:

Telefonnummer, E-Mail:

.....



Sehr geehrter Patient,

Sie wurden durch Ihren Arzt in unser Institut zu einer Computer Topographie (CT) Untersuchung überwiesen. Wir bitten Sie, die vorliegende Information sorgfältig durchzulesen und die gestellten Fragen zu beantworten. Wenn Sie Fragen oder Bemerkungen hinsichtlich der Information und der gestellten Fragen haben, werden diese Ihnen der untersuchungsleitende Arzt oder die Rezeptionistin wird beantworten.

Im Interesse der genaueren Feststellung der Krankheiten kann während der Untersuchung die intravenöse Eingabe von Kontrastmittel, das Jod beinhaltet, erforderlich sein. Die Hälfte der CT Untersuchungen erfolgt seit längerem sicher mit geringem Risiko durch Verwendung von Röntgen Kontrastmitteln. Bei Verwendung der intravenösen Kontrastmittel können selten Nebenwirkungen auftreten. Zur Eingabe des intravenösen Kontrastmittels ist Ihre Zustimmung erforderlich. Bevor aber Sie Ihre Zustimmung erteilen, müssen wir Sie über die seltenen jedoch möglichen Nebenwirkungen des intravenösen Kontrastmittels informieren:

1. Das Risiko ist erhöht, wenn sie früher ähnliche Kontrastmittelreaktionen gehabt haben oder Sie gegen andere Materialien allergisch sind oder Sie unter Asthma leiden.
2. In seltenen Fällen (einmal aus allen 100-200 Fällen) können milde vorübergehende Symptome auftreten (Wärmegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Hautjucken, Hautausschlag, Niesen usw.).
3. in sehr seltenen Fällen (einmal aus allen 2.000-3.000 Fällen) können Kreislauf- und Atmungsstörungen als Reaktionen auftreten.
4. Außerordentlich selten (einmal aus allen 25.000-40.000 Fällen) kann eine schwere lebensgefährliche Kontrastmittelreaktion auftreten.
5. Bei Patienten mit verminderter Nierenfunktion kann die Nierenfunktion durch das Kontrastmittel beeinträchtigt werden. Über die verminderte Nierenfunktion soll uns Ihr Hausarzt nach einer Laboruntersuchung informieren (sog. eGFR Niveau). Wenn Ihr e-GFR Niveau unter 30 ist, dürfen wir Ihnen kein Kontrastmittel geben!
6. Einige Medikamente, die als Tablette gegen eine Zuckerkrankheit eingenommen werden, die Metformin oder Buformin beinhalten, können zusammen mit dem Kontrastmittel die Nierenfunktion beeinträchtigen (z.B.: Adebit, Adimet, Avandamet, Competact, Eucreas, Gluformin, Janumet, Maformin Meforal, Meglucon, Merckformin, Metfogamma, Metformin 1A Pharma, Metformin Aurobindo, Metformin Bluefish, Metformyn Mylan, Metrivin, Metrivin Xr, Metwin, Normaglyc, Stadamet, Velmetia, Adebit). Zur Vorbeugung der Nierenbeschädigung dürfen diese Medikamente 2 Tage vor der Untersuchung und 2 Tage nach der Untersuchung nicht eingenommen werden.
7. Bei einer gesteigerten Funktion der Schilddrüse kann das Kontrastmittel eine weitere erhöhte Funktion der Schilddrüse auslösen.
8. In noch seltenen Fällen kann das Kontrastmittel, das zur CT Untersuchung verwendet wird, ähnliche Reaktionen wie oben auslösen.

Ein großer Teil der obigen Reaktionen tritt innerhalb von 20 Minuten nach Kontrastmitteleingabe auf. Wir bitten Sie daher, sich mindestens diese Zeit in unserem Institut aufzuhalten. In seltenen Fällen können Spätreaktionen 7 Stunden nach Kontrastmitteleingabe auftreten. Wenn Sie ein Symptom erkennen, suchen Sie bitte Ihren behandelnden Arzt sofort auf! Es ist wichtig zu wissen, dass das Risiko der Untersuchung geringer ist als die Gefahr der nicht erkannten Krankheiten, die durch das Fernbleiben der Untersuchung auftreten.

Bitte helfen Sie uns durch Beantwortung der Fragen auf der folgenden Seite, damit wir das geringe Risiko der CT Untersuchung noch weiter reduzieren können! Bitte die zutreffende Antwort im Quadrat ankreuzen!

Die Information wird auf der nächsten Seite fortgesetzt. Bitte wenden!

Haben Sie...

- Überfunktion der Schilddrüse? ja nein
- Nierenerkrankung (eGFR Niveau unter 30)? ja nein
- Asthma, Allergie? ja nein
- Herzerkrankung? ja nein
- Zuckerkrankheit? ja nein
- Sensitivität gegen Medikamente? ja nein
- Ist die Antwort ja, welches Medikament, Bitte angeben! :
- Ansteckende Krankheit (z.B. Hepatitis, AIDS)? ja nein

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ?

ja nein

Adimet, Avandamet, Competact, Eucreas, Gluformin, Janumet, Maformin, Meforal, Meglucon, Merckformin, Metfogamma, Metformin 1A Pharma, Metformin Aurobindo, Metformin Bluefish, Metformin Mylan, Metrivin, Metrivin Xr, Metwin, Normaglyc, Stadem, Velmetia, Adebit

Wenn ja, haben Sie die Einnahme des Medikaments 48 Stunden vor der Untersuchung eingestellt? ja nein

Haben Sie jemals intravenöses Kontrastmittel bekommen ?

ja nein

Wenn ja, hatte das intravenöse Röntgen Kontrastmittel Nebenwirkungen gehabt? ja nein

Wenn ja, welche? Bitte angeben:

Werden Sie wegen einer anderen ernsthaften Krankheit behandelt?

ja nein

Wenn ja, bitte angeben, wegen welcher Krankheit!

Für weibliche Patienten:

- Sind Sie schwanger? ja nein
- Stillen Sie? ja nein

Bitte geben Sie Ihr Gewicht an: kg

(Wir fragen Ihr Gewicht, da unsere Geräte nur bis 120 kg belastbar sind.)

Sind sie stationärer Patient?

Bitte Ihre Antwort ankreuzen! Ich erkläre, dass ich am heutigen Tage

- stationärer Patient bin in der Abteilung des Krankenhauses, **oder**
- kein stationärer Patient in keinem Krankenhaus bin.

Sollte die obige Erklärung nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass die Kosten der CT Untersuchung von meiner Seite beglichen werden müssen!

Ich erkläre, dass ich den Inhalt dieser Information verstanden habe und dass ich auf meine Fragen die erforderliche Information erhielt.

Ich bin mit der Eingabe von dem intravenösen Kontrastmittel (bitte die zutreffende Antwort bei der *markierten Möglichkeit unterstreichen!)

*** a/ einverstanden**

***b/ nicht einverstanden**

Budapest, den

.....
Unterschrift des Patienten oder dessen Vertreter

Az orvos tölti ki! / Wird vom Arzt ausgefüllt!

A beteg tájékoztatása a fenti tartalommal megtörtént, az igényelt tájékoztatásokat megkapta.

Budapest, 201.....hó.....nap.

.....
szakorvos aláírása