

Pat.-Nr.:	<input type="text"/>	I.V.-Injektion:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Cardio-CT	<input type="text"/>	durchgeführt von:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>	CT gefahren von:	<input type="text"/>
Arzt:	<input type="text"/>	Faktor:	<input type="text"/>

Nachname:	<input type="text"/>		
Vorname:	<input type="text"/>		
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	Körpergewicht:	<input type="text"/> kg
Tel.-Nummer:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Standardtarif:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Befund an:	<input type="text"/>		

Aufklärungsbogen für CT des Herzens – (Kardio-CT) mittels eines 128-Zeiler-CT

Die Computertomographie (CT) stellt eine der modernsten Entwicklungen in der Darstellung der Herzkranzgefäße dar (Kardio-CT). Hierbei genügt lediglich eine Kontrastmitteldosis in eine Armvene. Die Untersuchung ist also nicht unangenehmer als eine Blutabnahme. Die Luft müssten Sie bei der CT-Aufnahme etwa 10 Sekunden lang anhalten. Diese CT-Technik beruht auf der Verwendung von Röntgenstrahlen. Insgesamt stellt die Kardio-CT ein körperschonendes Verfahren dar. Die Radiologie Baden-Baden kann Ihnen hierfür mit dem Siemens Definition Edge 128 das derzeit modernste und strahlensparende CT-Gerät in der Region Mittelbaden zur Verfügung stellen.

Die Gabe von Röntgenkontrastmittel ist zur Darstellung der Herzkranzgefäße erforderlich, es sei denn, die Untersuchung wird auf die Koronarkalkanalyse beschränkt. Dabei wird das Kontrastmittel über eine Unterarmvene eingebracht. Das benutzte Kontrastmittel zeichnet sich durch seine gute Verträglichkeit aus. Nur in sehr seltenen Fällen kann es zu Unverträglichkeitsreaktionen (wie Hautrötung, Hautjucken, Husten, Erbrechen, Blutdruckabfall) kommen.

Bitte informieren Sie uns bereits vor der Untersuchung, wenn bei Ihnen eine Erkrankung der Schilddrüse oder der Nieren vorliegt, ebenso wenn Sie wegen der Zuckerkrankheit sogenannte Metformin-haltige Tabletten einnehmen.

Die Gabe von sogenannten Beta-Blockern kann erforderlich sein, wenn Ihr Herz für die Untersuchungszwecke zu schnell schlägt. Für die genaue Beurteilung der Herzkranzgefäße ist eine Herzfrequenz unter 65 Schlägen pro Minute erforderlich. Das Medikament kann als Tablette eingenommen werden oder wie das Kontrastmittel in die Vene gespritzt werden. Um die Herzkranzgefäße gut sichtbar zu machen, werden wir Ihnen kurz vor der Untersuchung ggf. noch ein sogenanntes Nitro-Spray unter die Zunge sprühen. Nur in sehr seltenen Fällen kann es zu Hautrötung, Hauterwärmung oder Blutdruckabfall kommen. Ebenfalls sehr selten können Luftnot, Schwindel, Kopfschmerzen, Herzrhythmusstörungen und ein langsamer Puls auftreten.

Bitte informieren Sie uns vor der Untersuchung, wenn Sie Blutdruck-Medikamente vom sogenannten Verapamil-Typ einnehmen.

Vor der Untersuchung:

Bitte bringen Sie zur Untersuchung möglichst alle vorhandenen Unterlagen zu Ihrer Herzsituation mit. Zumindest den aktuellen Arztbrief sollten Sie bitte zuvor organisieren. Im Falle einer Bypass-Untersuchung besorgen Sie bitte den entsprechenden OP-Bericht vor der Untersuchung. Bei bestimmten Herzrhythmusstörungen kann eine Kardio-CT nicht in allen Fällen durchgeführt werden.

Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrem Hausarzt, ob Ihre Niere und Ihre Schilddrüse richtig arbeiten. Bringen Sie die entsprechenden Blutwerte bitte zur Untersuchung mit.

Haben Sie innerhalb der letzten 3 Tage folgende Medikamente eingenommen:

- Metformin-haltige Medikamente wie z.B.: Biocos, Diabesin, Diabetase, Glucobon, Glucophage, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Met, Metfogamma, Metformin, Siofor, Thiabet
Diese Medikamente sollten 48 Stunden vor und nach der Untersuchung abgesetzt werden.

- Sogenannte Calcium-Antagonisten vom Verapamil-Typ (Blutdruckmittel), wie z.B.: Durasoptin, Falicard, Isoptin, Vera, Verabeta, Veragamma, VeraHexal, Vera-Lich, Veramex, Veranorm, Verapamil, Verasal, Veroptinstada
 Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

Diese Medikamente sollten 72 Stunden vor der Untersuchung – aber erst nach Rücksprache mit Ihrem Hausarzt/Kardiologen – abgesetzt werden.

- Haben Sie innerhalb der letzten 24 Stunden potenzsteigernde Medikamente (z.B. Viagra) eingenommen:
 Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?

Pat.-Nr.: I.V.-Injektion: Ja Nein

Cardio-CT durchgeführt von:

Datum: CT gefahren von:

Arzt: Faktor:

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum: Körpergewicht: kg

Tel.-Nummer:

Adresse:

Krankenkasse: Standardtarif: Ja Nein

Befund an:

Aufklärungsbogen für CT des Herzens – (Kardio-CT) mittels eines 128-Zeiler-CT

	JA	NEIN
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
Herz-/Gefäßerkrankung in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Herzkatheter erfolgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Implantate im Herzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Allergien bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Schuppenflechte (Psoriasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
akut? _____		
Schwangerschaft, Stillperiode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärung über die Einwilligung:

Hiermit bestätige ich, die Erläuterungen zur CT-Untersuchung sowie zu den Risiken sorgfältig gelesen zu haben. Nach ausreichender Bedenkzeit habe ich keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Gemäß § 73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass meine behandelnden Ärzte Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln.

Baden-Baden, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt