

Termin:.....

CONRADIA Dresden MVZ

am Diakonissenkrankenhaus Dresden

Holzhofgasse 29, 01099 Dresden

Tel. (0351) 810 1651 Fax (0351) 810 16 55

diako-dresden@conradia.de

Bitte mitbringen:

- Gesundheitskarte der Krankenkasse
- Überweisungsschein
- großes Handtuch
- evtl. vorhandene Voraufnahmen/Befunde
- Laborwerte (TSH, Kreatinin, GFR)

Name, Vorname: _____

geb.: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Computertomografie des Herzens (64Z - MSCT)

Liebe Patienten, Liebe Eltern!

Die Computertomografie des Herzens ist eine hochspezifische Untersuchung. Sie ermöglicht innerhalb einer Atemanhaltephase die vollständige und genaue Darstellung der Herzkranzgefäße einschl. der Bestimmung des Kalkgehaltes sowie Beurteilung weiterer Herzfunktionen. Die Untersuchung wird bei uns am modernen MSCT Somatom Sensation 64 durchgeführt, was für Sie äußerlich wie ein herkömmliches CT-Gerät erscheint, aber viel schneller dünnste Schichten bis zu 0,4 mm erstellen kann.

Die hauptsächlichen Fragestellungen befassen sich mit dem Ausschluss von Engstellungen oder Verschlüssen der Herzkranzgefäße und ihrer Beziehung zu etwaigen Verkalkungen. Sollten solche Befunde erhoben werden, obliegt es der anschließenden Befundung, ob zusätzlich noch eine Herzkatheteruntersuchung mit entsprechenden Eingriffen bei Ihnen erfolgen muss.

Für die Darstellung der Herzkranzgefäße benötigen wir eine ausreichende Menge jodhaltiges, gut verträgliches Kontrastmittel, was Ihnen über einen venösen Zugang gegeben wird. Eventuell kann dabei ein kurzzeitiges Wärmegefühl auftreten, was jedoch harmlos ist und kein Zeichen einer Unverträglichkeit darstellt. Das Kontrastmittel wird normalerweise vollständig über die Nieren ausgeschieden. Wegen einer möglichen Verschlechterung der Nierenfunktion durch das injizierte Kontrastmittel sollten Sie, wenn keine anderen ärztlichen Anweisungen vorliegen, nach der Untersuchung etwa 1-2 Liter Flüssigkeit trinken.

Mögliche Nebenwirkungen / Komplikationen:

Allergien gegen Kontrastmittel sind sehr selten. Leichte allergische Reaktionen können Übelkeit, Juckreiz und Hautausschlag sein. Diese können in den meisten Fällen sofort medikamentös behandelt werden. Äußerst selten kommt es zu schweren allergischen Reaktionen mit Blutdruckabfall oder sogar Atem- und Herzstillstand. Hier kann durch eine medikamentöse Blutdruckanhebung meist schnell geholfen werden. In extrem seltenen Fällen ist die Auslösung einer Thrombose oder einer Venenentzündung durch die Gabe des Kontrastmittels möglich. Diese können evtl. zur Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie führen.

Beim automatischen Einspritzen von KM kann es ganz selten zum Platzen kleiner Venen und damit zum Bluterguss und noch seltener zu einer anschließenden Infektion an dieser Stelle kommen.

Bei Komplikationen jeglicher Art ist eine intensivmedizinische Behandlung in unserem Krankenhaus garantiert.

Ihre Herzfrequenz sollte nicht mehr als 70 Schläge pro Minute betragen. Falls diese höher sein sollte, bekommen Sie ein Medikament welches die Herzfrequenz herabsenkt. Um das Nachlassen der Medikation abzuwarten, müssen Sie nach der Untersuchung noch eine Stunde in der Praxis verbleiben.

Ganz wichtig ist es, dass Sie die Untersuchung in großer Ruhe angehen, je niedriger Ihre Herzfrequenz ist, umso besser und genauer gelingen die Bilder der Herzkranzgefäße.

Vor der Untersuchung erhalten Sie von uns noch mehrere „Hübe“ eines Nitrosprays, um die Darstellung der Gefäße zu verbessern.

Die Strahlenbelastung der Untersuchung ist nicht zu vernachlässigen und beträgt in etwa die Dosis einer Herzkatheteruntersuchung.

Vorbereitung für das Kardio-CT:

- > am Untersuchungstag keinen Kaffee, Schwarztee oder Nikotin
- > leichtes Frühstück
- > Medikamente beibehalten (Diabetiker setzen metforminhaltige Medikamente bitte 2 Tage vor der Untersuchung ab)
- > ca. 3 Stunden Zeit einplanen

Zur Vorbereitung der CT des Herzens bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Leiden Sie an einer | | |
| > Nierenerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| > Herzerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| > Schilddrüsenüberfunktion? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| > Erhöhte Blutungsneigung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| > Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| > Asthma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| > Migräne? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Hatten Sie schon einmal Kontrastmittel-Nebenwirkungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Sind Allergien bekannt (z.B. Heuschnupfen, Medikamente)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (wenn ja, welche)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | |
| 5. Wurde bei Ihnen bereits früher eine CT angefertigt? (was, wo, wann?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | |
| 6. Wurde Bei Ihnen schon ein CT/MRT des Herzens angefertigt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Wurde bei Ihnen bereits eine Herzkatheteruntersuchung durchgeführt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Für Frauen in gebärfähigem Alter: Könnten Sie schwanger sein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Für Männer : Haben Sie in den letzten 24 Stunden Viagra eingenommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Welche Herzfrequenz haben sie normalerweise? | _____ | |

Erklärung:

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Ich habe noch Fragen zur Untersuchung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich willige hiermit in die CT-Untersuchung ein. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich bin mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich benötige eine zusätzliche Überlegungsfrist. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich wünsche eine Kopie des Aufklärungsbogens? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Datum, Unterschrift des Patienten
bzw. der Eltern/des Betreuers

Datum, Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden – §73 Abs. 1b SGB V

- Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, eingeholt werden dürfen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum, Unterschrift (Patient/-in/Sorgeberechtigter/Betreuer)