

COMPUTERTOMOGRAPHIEUNTERSUCHUNG (CT)

Patient/in: Geboren:

Titel Name Zuname

Geburtsnummer Kode der
(Versicherungsnummer): / Krankenversicherung:

Wohnort:

Gesetzlicher
Vertreter: Beziehung:
Titel Name Zuname (z.B. Mutter, Vater, Pflegeeltern u.a.)

Geboren: Wohnort:
(wenn anderer als Wohnort des Patienten)

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr, sehr geehrte Eltern,

aufgrund der Auswertung Ihres Gesundheitszustandes hat Ihr behandelnder Arzt eine Computertomographieuntersuchung angeordnet (Darstellung von Schnittbildern des Körpers, weiter nur CT). Im Hinblick auf bestimmte Risiken, die sich aus dem Prinzip der Methode ergeben müssen Sie ausreichend über die Vorbereitung, die Art der Durchführung und eventuelle Komplikationen im Zusammenhang mit dieser Untersuchung informiert werden.

Sie haben das Recht frei über die Vorgehensweise bei der Durchführung von medizinischen Leistungen Ihnen gegenüber (Ihrem Kind gegenüber) zu entscheiden, wenn dieses Recht nicht durch andere rechtliche Vorschriften ausgeschlossen wird. Für die Durchführung des vorgeschlagenen medizinischen Eingriffes ist Ihre Zustimmung notwendig. Um Ihre Entscheidung einfacher zu machen wollen wir Ihnen folgende Informationen übergeben.

Die CT ist eine moderne Methode, die die Wirkungen der Röntgenstrahlen (RTG) nutzt, die bis zu einem gewissen Ausmaß für den Organismus belastend sind und deren Einsatz gründlich abgewogen werden muss. Für eine qualitative Untersuchung der Gefäße und Organe, ist weiter die intravenöse Verabreichung eines Kontrastmittels notwendig, über die der CT Arzt direkt vor dem Eingriff entscheidet.

Gründe für die Untersuchung

Eine diagnostische CT Untersuchung trägt nach Abwägung des behandelnden Arztes zur Klärung oder Kontrolle Ihres Gesundheitszustandes bei, was für den weiteren Verlauf der Behandlung entscheidend sein kann.

Alternativen (andere Möglichkeiten) der Behandlung

Angaben darüber, ob es zur vorgeschlagenen Behandlung Alternativen (andere Möglichkeiten) gibt und ob Sie die Möglichkeit haben aus mehreren Alternativen zu wählen, haben Sie/Ihr Kind vom behandelnden Arzt erhalten, der diese Behandlung empfohlen hat.

Vorbereitung vor der Untersuchung

Kommen Sie auf nüchternen Magen zur Untersuchung (mind. 4 Stunden vor der Untersuchung nur eine geringe Menge an Flüssigkeit zu sich nehmen, keinen Kaffee und Alkohol). Wenn eine gezielte Untersuchung der Verdauungstraktes (Dünn- und Dickdarm) durchgeführt wird, ist eine gründlichere Vorbereitung (Entleerung des Darms) gemäß den Anweisungen des behandelnden Arztes notwendig, der die Untersuchung angeordnet hat. Die weitere notwendige Vorbereitung erfolgt dann am Tag der Untersuchung gemäß den Anweisungen Ihres behandelnden Arztes (Radiologe).

Falls Sie an einer Allergie leiden (einschließlich Pollenallergie oder einer Allergie gegen Insektenstiche), weisen Sie Ihren behandelnden Arzt und auch das CT Personal darauf hin. Es ist sehr wichtig den behandelnden Arzt und auch das CT Personal darüber zu informieren, ob Sie in der Vergangenheit, nicht nur bei einer CT Untersuchung, sondern auch bei einer Gefäßuntersuchung (Angiografie und Phlebographie) oder einer Untersuchung der Nieren (ausscheidende Urographie) eine allergische Reaktion auf die intravenöse Verabreichung eines Jodkontrastmittels gehabt haben. Geben Sie auch eine eventuelle Hautreaktion auf Desinfektionsmittel mit Jodgehalt an. Teilen Sie dem Personal der CT Abteilung ebenfalls mit, ob Sie an einer Störung der Nieren, an bronchialem Asthma oder an grünem Star leiden.



Aufgrund der von Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt mitgeteilten Informationen wägt der Radiologe die Notwendigkeit der Verabreichung eines Kontrastmittels ab und empfiehlt eventuell die präventive Verabreichung von Medikamenten, aufgrund des Methodischen Blattes der intravaskulären Verabreichung von jodhaltigen Kontrastmitteln, die vom Ausschuss der Radiologischen Gesellschaft der tschechischen ärztlichen Gesellschaft Jana Evangelisty Purkyně genehmigt wurde, um mögliche Komplikationen im Zusammenhang mit der intravenösen Verabreichung eines Kontrastmittels zu vermeiden.

Verlauf der Untersuchung

Die Untersuchung kann ohne die Verabreichung eines Kontrastmittels erfolgen, weder eine Vorbereitung noch die Sicherstellung eines intravenösen Zugangs sind notwendig.

Wenn ein Kontrastmittel verabreicht werden muss wird in der Regel am Arm ein Katheter gelegt (ähnlicher Einstich wie bei der Blutabnahme).

Die Untersuchung erfolgt im Liegen und die Anweisungen des medizinischen Personals sind genau einzuhalten (z.B. das Anhalten der Luft für kurze Zeit).

Während und unmittelbar nach der intravenösen Verabreichung können Begleiterscheinungen des Kontrastmittels auftreten, insbesondere das Gefühl „von Wärme im Körper“, vereinzelt können Übelkeit und Herzklopfen auftreten.

Risiken und mögliche Komplikationen beim Eingriff

Eine eventuelle ernste Komplikation sind Anzeichen einer sogenannten allergischen Reaktion, die eintreten können, obwohl diese bei Ihnen noch nie eingetreten sind und sie bereits mit einem jodhaltigen Kontrastmittel untersucht wurden. Bei der Verabreichung moderner, sogenannter nicht ionischer Kontrastmittel, treten diese ernsthafteren Komplikationen jedoch nur sehr selten ein. Die Erkennung und die Art der Behandlung dieser Komplikationen hängen von der Schwere der allergischen Reaktion ab und das Personal der CT Abteilung ist darauf vorbereitet.

Verhalten bei der Untersuchung, mögliche Einschränkungen

Da gesundheitliche Komplikationen in Ausnahmefällen auch nach einer längeren Zeit nach der Untersuchung auftreten können, sollte man in Begleitung zur Untersuchung kommen und nach der Untersuchung mindestens 15 Minuten im Warteraum der CT Abteilung warten.

Das Kontrastmittel wird überwiegend über die Nieren ausgeschieden, deshalb sollte man nach der Untersuchung vermehrt Flüssigkeit zu sich nehmen, wenn dies nicht im Widerspruch mit Ihrem Gesundheitszustand oder einer medizinischen Behandlung ist. Dadurch wird das Ausscheiden dieses Mittels beschleunigt.

Falls Sie ohne die Verabreichung eines Kontrastmittels untersucht wurden, können Sie sofort nach der Untersuchung nach Hause gehen. Bei Unklarheiten oder jedweden Fragen wenden Sie sich selbstverständlich an das medizinische Personal.

Wir erlauben uns, Sie darüber zu informieren, dass sich an den medizinischen Leistungen in unserem Krankenhaus auch Personen beteiligen können, die die Befähigung zur Ausübung dieses Berufs anstreben und ebenfalls in die Gesundheitsdokumentation einsehen können. Sie können die Anwesenheit dieser Personen bei den medizinischen Leistungen ablehnen und das Einsehen in die Gesundheitsdokumentation im Laufe Ihrer Behandlung verbieten. Nähere Informationen gibt Ihnen auf Verlangen der behandelnde Arzt.

ERKLÄRUNG DES/DER PATIENTEN/IN (GESETZLICHEN VERTRETERS)

Ich wurde mit Angaben über den Zweck, das Wesen, den vorausgesetzten Beitrag, die Folgen und möglichen Risiken der vorgeschlagenen medizinischen Leistungen bekanntgemacht.

Ich wurde mit Alternativen (anderen Möglichkeiten) der vorgeschlagenen medizinischen Leistungen, ihrer Vorteile und Risiken bekanntgemacht und hatte die Möglichkeit, eine der Alternativen zu wählen (falls eine solche Möglichkeit besteht und falls die Leistung nicht Sonderrechtvorschriften unterliegt).

Ich wurde mit möglichen Einschränkungen im normalen Leben und der Arbeitsfähigkeit nach der medizinischen Leistung und mit möglichen erwarteten Änderungen des Gesundheitszustands und der gesundheitlichen Befähigung bekannt gemacht.

Ich wurde mit dem Behandlungsregime, geeigneten vorbeugenden Maßnahmen und möglichen Kontrolluntersuchungen bekanntgemacht.

Ich wurde über mein Recht belehrt, mich frei über das Vorgehen beim Gewähren medizinischer Leistungen für mich (mein Kind) zu entscheiden, sofern eine andere Rechtsvorschrift dieses Recht nicht ausschließt.



Patient/in:

Geburtsnummer:

Ich habe keine, mir bekannten Angaben über meinen Gesundheitszustand (über den Gesundheitszustand meines Kindes) verschwiegen, die meine Behandlung (die Behandlung meines Kindes) ungünstig beeinflussen oder meine Umgebung insbesondere durch Verbreiten einer Infektionskrankheit gefährden könnten.

Ich erkläre, dass mir detaillierte Informationen über das implantierte medizinische Mittel nach Sonderrechtvorschrift gegeben wurden. (Diese Erklärung betrifft nur Patienten mit implantiertem medizinischem Mittel).

Ich erkläre, dass ich über die Möglichkeit des Widerrufs dieser informierten Einwilligung belehrt wurde und nehme zur Kenntnis, dass ein eventueller Widerruf nicht wirksam ist, wenn die Ausführung der medizinischen Leistung schon begonnen wurde und die Unterbrechung ernste Gesundheitsschädigung oder Lebensgefährdung für mich (mein Kind) bedeuten könnte.

Bei Auftreten unerwarteter Komplikationen, die unverzügliche weitere Eingriffe zur Lebens- oder Gesundheitsrettung verlangen, bin ich einverstanden, dass alle weiteren, erforderlichen und nicht aufschiebbaren Leistungen zur Rettung des Lebens oder der Gesundheit durchgeführt werden.

Ich erkläre, dass ich ergänzende Fragen stellen konnte, die mir ordentlich beantwortet wurden, und dass ich die Informationen und Belehrungen voll verstanden habe und bin mit dem Gewähren der vorgeschlagenen medizinischen Leistungen einverstanden.

Die Informationen in dieser Einwilligung mit dem Gewähren medizinischer Leistungen, die einen unmündigen Patienten (einen Patienten ohne Rechtsbefähigung) betreffen, wurden diesem Patienten angemessen seines Verständnisses gegeben.

BEURTEILUNG DER BEFÄHIGUNG EINES UNMÜNDIGEN PATIENTEN ODER EINES PATIENTEN MIT EINGESCHRÄNKTER RECHTSBEFÄHIGUNG ZUR ABGABE DER EINWILLIGUNG:

(Füllt der informierende Arzt/die Ärztin aus)

- Der/die Patient/in **ist** zur Abgabe der Einwilligung zur vorgeschlagenen medizinischen Leistung befähigt.
- Der/die Patient/in **ist nicht** zur Abgabe der Einwilligung zur vorgeschlagenen medizinischen Leistung befähigt.

Erklärung des indizierenden Arztes:

Ich erkläre hiermit, dass ich den oben genannten Patienten (seinen gesetzlichen Vertreter) über den Zweck, den Charakter und Alternativen der geplanten Untersuchung ordnungsmäßig auf der Art und Weise informiert habe, die nach meinem Ermessen für ihn verständlich war.

Ferner habe ich die Kontraindikationen der Untersuchung überprüft.

.....
Name tag (in capital letters or stamp)

ZOK

Signature

Erklärung des die Untersuchung durchführenden Arztes:

Ich erkläre hiermit, dass ich den oben genannten Patienten (seinen gesetzlichen Vertreter) über die Durchführung, Risiken und möglichen Komplikationen der geplanten Untersuchung ordnungsmäßig auf der Art und Weise informiert habe, die nach meinem Ermessen für ihn verständlich war.

Ferner habe ich die Kontraindikationen der medizinischen Bestrahlung überprüft.

.....
Name (Druckbuchstaben oder Stempel)

ZOK

Unterschrift

In Plzeň, am: um Uhr

.....
Unterschrift des/der Patient/in oder gesetzlichen Vertreters

Ausfüllen, wenn der/die Patient/in hinsichtlich seines/ihrer Gesundheitszustands nicht unterschreiben kann (z.B. nach einem Unfall der oberen Gliedmaßen):

Der gegenwärtige Gesundheitszustand des/der Patient/in erlaubt nicht, dass er/sie diese Einwilligung unterschreibt, weil:



Patient/in:

Geburtsnummer:

Art der Willensbestätigung (Zustimmung):

Nicken Geste: mit den Augen anders:

Zeuge:
Name und Zuname Unterschrift (wenn der Zeuge nicht Mitarbeiter des Krankenhauses ist Adresse und Geburtsdatum aufführen)

**Ausfüllen, wenn der/die Patient/in (gesetzliche Vertreter) das Unterschreiben der Einwilligung ablehnte:
Der/die Patient/in (gesetzliche Vertreter) lehnte das Unterschreiben dieser Einwilligung ab.**

Informierende/r Arzt/Ärztin (medizinischer Mitarbeiter):

.....
Name (Druckbuchstaben oder Stempel) ZOK Unterschrift

Zeuge:
Name und Zuname Unterschrift (wenn der Zeuge nicht Mitarbeiter des Krankenhauses ist Adresse und Geburtsdatum aufführen)