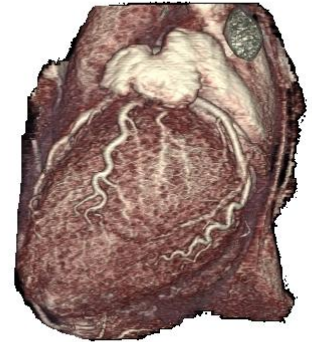


HERZ-COMPUTERTOMOGRAPHIE / KORONAR-CT

Liebe Patientin, lieber Patient

Bei Ihnen ist eine Herz-Computertomographie / Koronar-CT geplant. Diese Untersuchung findet in der Radiologie der Klinik Beau-Site statt (siehe beiliegenden Lageplan).

Die Koronar-CT erlaubt auf nicht invasive Art (keine Herzkatheter-Untersuchung) die Herzkranzgefäße darzustellen. Um eine optimale Bildqualität zu erreichen, sollte Ihre Herzfrequenz möglichst regelmässig und idealerweise bei ca. 60 Schlägen pro Minute liegen. Aus diesem Grund geben wir Ihnen allenfalls ein Medikament (Beloc oder Procoralan) zur vorgängigen Einnahme ab, und/oder spritzen dieses kurz vor der eigentlichen Untersuchung direkt in die Vene. Um die Gefässe möglichst weit zu stellen geben wir Ihnen zu Beginn der Untersuchung etwas Nitroglycerin als Spray. Zur Darstellung der Herzkranzgefäße werden wir auch ein Kontrastmittel spritzen. Um sicher zu sein, dass Sie die Medikamente gut vertragen haben, müssen Sie nach der Untersuchung noch ca. eine Stunde in der Klinik bleiben. Da die verabreichten Medikamente etwas müde machen können, sollten Sie bitte mit den öffentlichen Verkehrsmitteln oder in Begleitung anreisen. Nehmen Sie etwas Literatur mit, um die Wartezeit zu überbrücken. Rechnen Sie für die gesamte Untersuchung, inklusive Vorbereitung und Wartezeit, mit ca. zwei Stunden Aufenthalt in der Klinik.



Sowohl die Medikamente (Beloc, Procoralan, Nitroglycerin) als auch das Kontrastmittel werden in der Regel gut vertragen. Als Nebenwirkungen sind eine Hitzewallung bei Verabreichung des Kontrastmittels, eine Verlangsamung der Herzfrequenz und teilweise Kopfschmerzen nach Nitroglycerin bekannt. In ganz seltenen Fällen kann es zu allergischen Reaktionen durch das Kontrastmittel oder zu Asthmaanfällen kommen. Auf entsprechende Nebenwirkungen sind wir vorbereitet. **Es ist allerdings zwingend, dass Sie 48 Stunden vor der Untersuchung auf die Einnahme von Potenzmittel (Viagra etc.) verzichten.**

Um einen möglichst optimalen Untersuchungsablauf zu gewährleisten sowie zur Beurteilung des Herz-Kreislauftrisikos, bitten wir Sie, die Fragen auf der Rückseite dieses Informationsblattes zu beantworten und das ausgefüllte Blatt zur Untersuchung mitzubringen. Falls Sie Fragen haben, beantworten wir Ihnen diese gerne vor der Untersuchung.

Einverständniserklärung

Nach dieser Orientierung erkläre ich mich mit der vorgesehenen Untersuchung einverstanden. Ich hatte die Gelegenheit für Fragen, die mir verständlich beantwortet wurden.

.....
Ort und Datum:

.....
Patientin / Patient:

HERZ-CT-FRAGEBOGEN

Bitte ankreuzen (X) und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Name	Geburtsdatum	
Vorname	Gewicht _____ kg	Grösse _____ cm

Wir bitten Sie die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Bei Unklarheiten sind wir selbstverständlich jederzeit gerne behilflich.

1. Hatten Sie bereits früher eine CT-Untersuchung? → Falls ja, sind Komplikationen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
2. Hatten Sie je Probleme mit den Nieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Haben Sie einmal allergisch auf Kontrastmittel reagiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Haben sie sonstige Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. Haben oder hatten Sie einen Tumor/Krebs? → Falls ja, was für einen wo? _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9. Leiden Sie an erhöhtem Blutzucker (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10. Leiden Sie an erhöhtem Cholesterin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12. Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13. Gibt es Mitglieder in der Familie mit Herzinfarkt oder Schlaganfall? → Falls ja, wer, in welchem Alter? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14. Hatten Sie bereits früher einen Eingriff am Herz? → Falls ja, wann? Was? _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? → Falls ja, wann? Was? _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
16. Für Männer: Haben Sie in den letzten 48 Stunden Potenzmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich habe die Fragen verstanden und korrekt beantwortet.

Datum _____	Unterschrift _____
-------------	--------------------