

EINWILLIGUNG UND FRAGEBOGEN COMPUTERTOMOGRAPHIE HERZ

RADIOLOGIE HIRSLANDEN ZÜRICH
T +41 44 387 26 00
radiologie.zuerich@hirslanden.ch

1.1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Geburtsdatum
Vorname	

Sie werden zu einer Untersuchung Ihrer Herzkranzgefäße aufgeboten. Dieses Informationsblatt soll Sie über die nötigen Vorbereitungen und den Untersuchungsablauf informieren. Die Untersuchung wird, wenn nötig von einem Facharzt für Radiologie zusammen mit einem Facharzt für Kardiologie befundet.

WAS PASSIERT IM HERZ-CT?

Mittels eines Computertomographen (CT) und jodhaltigem Kontrastmittel werden Ihre Herzkranzgefäße dargestellt. Damit krankhafte Veränderungen am Herzen z.B.: (Verengungen, Verschlüsse, Anomalien, anatomische Varianten, Bypässe) erkannt werden.

1.2. UNTERSUCHUNGSVORBEREITUNG

Damit wir eine möglichst gute Bildqualität zu erhalten, sollte Ihr Puls bei ungefähr 60 Schläge pro Minute liegen. Dazu werden Sie wenn nötig, eine den Herzschlag-senkende Tablette oder eine i.v- Injektion von α - oder β -Blocker erhalten. Je nach Verabreichungsart vom Medikament müssen Sie mit einer Untersuchungszeit zwischen 30 und 90 Minuten rechnen.

ZU BEACHTEN:

- Aufgrund von möglichen unerwünschten Wirkungen aufgrund der Herzschlag-senkenden Medikamente (Müdigkeit, Schwindel), ist beim Lenken von Fahrzeugen und Bedienen von Maschinen Vorsicht geboten.
- Bitte halten sie den Konsum von koffeinhaltigen Getränken oder Lebensmittel (Kaffee, Tee, Energiegetränke wie z.B. RedBull® und Schokolade) für 12 Stunden vor der Untersuchung so gering wie möglich.
- Ab 4 Stunden vor der Untersuchung nur noch eine kleine Mahlzeit zu sich zu nehmen und nur noch stilles Wasser oder ungesüssten Tee (KEIN Schwarz- oder Grüntee, Tee mit Teein) trinken.
- Nehmen Sie keine potenzsteigernden Mittel wie z.B. Viagra, Cialis, Levitra mindestens 72 Stunden vor der Untersuchung ein.
- Täglich einzunehmende Medikamente können wie gewohnt eingenommen werden.
- Bitte verwenden Sie an diesen Tag keine Creme/Bodylotion an der Brust oder Make-up im Dekolleté, da für die Untersuchung ein EKG benötigt wird.

UNTERSUCHUNGSABLAUF

Für die Untersuchung wird Ihnen ein venöser Zugang für Medikamente und die Kontrastmittelgabe gelegt. Vor der Kontrastmittelgabe erfolgt eine Messung der Verkalkung Ihrer Herzkranzgefäße. Wird ein gewisser Wert überschritten, kann die Untersuchung nicht fortgesetzt werden. Verkalkungen der Herzkranzgefäße schränken die Aussagekraft ein.

FRAGEBOGEN

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Untersuchung nicht oder ggf. nur nach entsprechender Vorbereitung durchgeführt werden.

Hierzu ist es für uns wichtig, bestimmte Einflussfaktoren zu erfragen. Wir bitten Sie, folgende Fragen zu beantworten, um eventuelle Risiken auszuschliessen. Falls notwendig, sind wir beim Beantworten der Fragen behilflich.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (Marcoumar, usw.) ein? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Asthmatiker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Herzkrankheit (unregelmässiger Rhythmus, Klappen -insuffizienz, usw.) Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Klappe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie am Herzen operiert (Bypass, Klappen, Stent, usw.)? Wenn ja, wann und wo: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben sie aktuell Herzbeschwerden? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Für Männer:

Haben Sie in den letzten 72 Stunden potenzsteigernde Mittel (Viagra, Cialis, Levitra) eingenommen? <i>(Bitte erst am Untersuchungstag ausfüllen)</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Für Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
---	--	--

EINWILLIGUNG

Den **Aufklärungsbogen** habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist.

Ich willige in die vom Arzt vorgesehene, oben vermerkte Untersuchung ein.

Mit eventuell medizinisch erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen bin ich ebenfalls einverstanden. Den Fragebogen (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt. Die Verhaltenshinweise werde ich beachten.

Zürich, _____

Unterschrift:

_____ (Bei Minderjährigen: Unterschrift des

Erziehungsberechtigten)

Vom Personal auszufüllen

Ruhepuls vor der Untersuchung	
Oraler Betablocker	
Ruhepuls während der Untersuchung	
i.v. Betablocker während der Untersuchung	
Zuständige/zuständiger MTRA	