

AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die INTRAVENÖSE KONTRASTMITTELUNTERSUCHUNG

Name der Patientin / des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Art der Untersuchung: _____

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Ihr Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der die Verabreichung eines Kontrastmittels geplant bzw. im Rahmen der Untersuchung notwendig werden kann.

Dabei wird Ihnen die Kontrastmittelflüssigkeit in die Vene injiziert, um anatomische Strukturen und evtl. vorhandene krankhafte Veränderungen darstellen zu können. Durch das Kontrastmittel wird die Aussagekraft der Untersuchung wesentlich verstärkt.

Die Kontrastmittel werden im allgemeinen sehr gut vertragen. Vereinzelt können Unverträglichkeitsreaktionen hervorgerufen werden. Die Häufigkeit von schweren Komplikationen ist jedoch gering. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei. Während der Injektion kann im Körper ein geringes Wärmegefühl auftreten, das harmlos ist und nach wenigen Sekunden verschwindet. Manchmal kommt es auch zu einem leicht bitteren Geschmack im Mund, der ebenfalls gleich wieder vergeht.

Um möglicherweise ein bei Ihnen bestehendes Risiko von Kontrastmittelreaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen einmal gehabt?

Ja Nein

- Nierenröntgen (i.v.P.)
- Computertomographie (CT)
- Kontrastmitteldarstellung der Gallenwege
- Venendarstellung (Aniographie)

2. Haben Sie dabei nach der Kontrastmittelverbreicherung Unverträglichkeiten festgestellt?

Ja Nein

3. Wenn ja, welcher Art

4. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt ...

- der Nieren/Nebennieren?
- der Schilddrüse?
- Zuckerkrankheit?
- Mb. Kahler (multiples Myelom)?

Es ist ratsam nach der Kontrastmitteluntersuchung viel zu trinken (alkoholfrei).
Dadurch wird die Ausscheidung beschleunigt.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars verstanden, und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein.

Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw.
des gesetzlichen Vertreters.

Unterschrift des Arztes

Unterschrift der Röntgenassistentin