

AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die intravenöse Röntgenkontrastmittelgabe

Sie sind für eine Untersuchung vorgesehen, bei der die Verabreichung eines **Kontrastmittels** geplant ist bzw. im Rahmen der Untersuchung notwendig werden kann. Dabei wird Ihnen die Kontrastmittelflüssigkeit in die Vene injiziert, um anatomische Körperstrukturen und eventuell vorhandene krankhafte Veränderungen darstellen zu können. Durch das **Kontrastmittel** wird die Aussagekraft der Untersuchung wesentlich verbessert.

An der Einstichstelle kann es zu einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Nach Verabreichung des **Kontrastmittels** können unter Umständen Unverträglichkeitsreaktionen auftreten, die entweder durch das in der Substanz enthaltene Trägermaterial oder Jod ausgelöst werden. Eine normale Reaktion auf **Kontrastmittel** kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund sein. Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, Auftreten von Übelkeit oder Schmerz. In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass über 97% der Patienten keine Nebenwirkungen nach Kontrastmittelverabreichung haben. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04% angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff, ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Wir können Sie gleichzeitig beruhigen, dass schwere Komplikationen sehr selten auftreten und damit das Risiko der Untersuchung sehr klein ist im Vergleich zum erzielten Nutzen, weil wir ausschließlich moderne Kontrastmittel mit bester Verträglichkeit verwenden. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.



Um möglicherweise ein **bei Ihnen** bestehendes höheres Risiko von Kontrastmittelreaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, zur Untersuchung ein Labor Ihrer Nierenwerte (Serum-Kreatinin und eGFR) sowie Schilddrüsenparameter (TSH) mitzubringen und die Fragen auf den folgenden Seiten durch Ankreuzen mithilfe Ihres zuweisenden Arztes zu beantworten.

AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die intravenöse Röntgenkontrastmittelgabe

- 1.) Hatten Sie schon eine der folgenden Untersuchungen? JA NEIN
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Nierenröntgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Computertomographie (CT) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darstellung der Gallenblase/-wege mit KM-Injektion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Venendarstellung der Beine (Phlebographie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefäßröntgen (Angiographie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 2.) Haben Sie dabei nach Kontrastmittel-Verabreichung
Unverträglichkeitserscheinungen festgestellt? JA NEIN

Wenn JA, welche?

- 3.) Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt ... JA NEIN
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| der Niere / Nebenniere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Schilddrüse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Kahler (Plasmozytom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamentenallergien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 4.) Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? JA NEIN

- 5.) Aktuellste Werte von:

eGFR
Serum-Kreatinin
FT3
FT4
TSH

AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die intravenöse Röntgenkontrastmittelgabe

Durch meine Unterschrift bestätige ich, den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

In einem persönlichen Gespräch wurden meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet.

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

Unterschrift des Arztes

Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Assistentin

» Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der Assistentin zu übergeben.

Bemerkung zur Aufklärung:

Der Patient hat keine weiteren Fragen:

JA

NEIN

Folgende Fragen des Patienten wurden diskutiert:

.....
.....
.....