

Aufklärungsblatt

für die intravenöse Kontrastmittelgabe:

Jodhaltige nichtionische nierengängige Kontrastmittel

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

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 seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass ca. 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. 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, folgende **Fragen durch Ankreuzen zu beantworten!**

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt....

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ▪ der Niere/Nebenniere? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ▪ der Schilddrüse? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ▪ Zuckerkrankheit? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| ▪ Morbus Kahler (multiples Myelom)? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden

Haben Sie folgende Untersuchungen schon einmal gehabt?

- Nierenröntgen (i. v. P.) Ja Nein
- Computertomographie (CT) Ja Nein
- Kontrastmitteldarstellung der Gallenwege
(i. v. Cholezystangiographie, i. v. Cholangiographie) Ja Nein
- Venendarstellung der Beine (Phlebographie) Ja Nein
- Gefäßröntgen (Angiographie) Ja Nein

Haben Sie dabei nach Kontrastmittelverabreichung Unverträglichkeitserscheinungen festgestellt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Übelkeit/Erbrechen Ja Nein
- Atemnot/Würgegefühl Ja Nein
- Asthmaanfall Ja Nein
- Hautausschlag Ja Nein
- Bewusstlosigkeit Ja Nein
- Krampfanfälle Ja Nein
- Schüttelfrost Ja Nein
- Schmerzen Ja Nein

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt

Datum/Uhrzeit

Unterschrift RTA

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der/dem Assistent zu übergeben.

Hatte der Patient weitere Fragen? Ja Nein

Welche?

Name des Patienten: