

## PatientInneninformationsblatt PHLEBOGRAPHIE

*Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!*

### **GEBEN SIE BITTE DIE MÖGLICHKEIT ODER DAS BESTEHEN EINER SCHWANGERSCHAFT VOR UNTERSUCHUNGSBEGINN AM INFOPOINT BEKANNT!**

Sie wurden von Ihrem Arzt zu einer Röntgenuntersuchung Bein-/Beckenvenen (Phlebographie) überwiesen.

Die sicherste Methode zum Nachweis einer Thrombose (Blutgerinnsel) der tiefen Beinvenen ist die Phlebographie. Sie ist damit eine wichtige Voraussetzung für gezielte Behandlungsmaßnahmen (z.B. Varizen-Operation).

#### **Untersuchungsablauf:**

Zu Beginn der Untersuchung wird eine Staubinde im Knöchelbereich angelegt. Nach dem Spritzen des Kontrastmittels kommt es zuerst zur Füllung der tiefen Venen im Bein. Nach Entfernen der Staubinde füllen sich auch oberflächliche Venen und eventuell vorhandene Varizen. Es werden dann Röntgenaufnahmen des Venensystems von Unterschenkel, Knie, Oberschenkel und Becken angefertigt.

#### **Kontrastmittel:**

Diese Untersuchung erfordert eine intravenöse Kontrastmittelgabe, die mit einer Nadel in eine Fußvene verabreicht wird.

#### **Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen:**

- Rötungen und eventuelle kleine Blutergüsse an der Einstichstelle sind unspezifisch und meist belanglos.
  - Wärmegefühl im Körper und ein bitterer Geschmack im Mund sind häufig, harmlos und gehen rasch vorüber.
  - Ganz selten kann es passieren, dass bei der Injektion die Vene platzt oder die Kanüle fehlerhaft liegt. In diesem Fall kann das Kontrastmittel ins Gewebe gelangen. Dies spürt man umgehend und schmerzhaft. Melden Sie sich bitte sofort, auch wenn die Aufnahme bereits läuft, damit die weitere Injektion gestoppt werden kann. Das in das Gewebe ausgetretene Kontrastmittel wird über die Lymphbahnen abtransportiert. Es sind keine schwerwiegenden Folgen zu erwarten.
  - Grundsätzlich möglich sind Überempfindlichkeitsreaktionen (Allergien) auf das Kontrastmittel (Trägermaterial oder Jod). Diese beschränken sich überwiegend auf rasch vorübergehende Hautausschläge.
  - Manchmal kommt es zu Kratzen im Hals, bei empfindlichen Personen selten auch zu Atemnot.
  - Melden Sie bei der Untersuchung sofort jegliche Beschwerden, die Ihnen ungewöhnlich erscheinen. Der/die zuständige Arzt/Ärztin wird dann hinzugezogen.
  - Schwere Zwischenfälle bis zu einem allergischen Schock und Herz-Kreislaufstillstand sind – wie bei fast allen Medikamenten – möglich. Bei vielen Millionen KM-Gaben werden solche Ereignisse aber nur extrem selten berichtet und kommen in den letzten Jahren, also bei den neuen Kontrastmitteln, praktisch nicht mehr vor.
  - Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.
- Das Kontrastmittel ist somit im Verhältnis zu seinem Nutzen als sicheres Medikament zu betrachten, es gibt jedoch bei manchen Personen Einschränkungen.
- Um die Kontrastmittelgabe für Sie sicher zu gestalten, werden Sie gebeten, folgende Fragen (auf der Rückseite des Informationsblattes) zu beantworten.
- Selbstverständlich haben Sie das Recht, die Kontrastmittelgabe ohne Angabe von Gründen zu verweigern. Die Durchführung einer Phlebographie ist dann jedoch nicht möglich.



**DIAGNOSTICUM**

DR. SOCHOR GERSTHOF

Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT)

Digitale Microdose-Mammographie

Nuklearmedizin (Szintigraphie)

Digitale Röntgendiagnostik

Herz-CT und Dental-CT

Computer-Tomographie

Ultraschall Farbduplex

Knochendichtemessung

**Name des Patienten/der Patientin:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_  
(Bitte ausfüllen!)

**1. Hatten Sie schon eine der folgenden Untersuchungen?**

- Nierenröntgen (IVP/IVU) mit Kontrastmittel  JA  NEIN  
Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel  JA  NEIN  
Venendarstellung der Beine (Phlebographie)  JA  NEIN  
Gefäßröntgen (Angiographie/Herzkatheter)  JA  NEIN

**2. Hatten Sie nach Kontrastmittelverabreichungen jemals:**

- Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl  JA  NEIN  
Asthmaanfall  JA  NEIN  
Hautausschlag  JA  NEIN  
Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit  JA  NEIN  
Schüttelfrost  JA  NEIN  
Schmerzen  JA  NEIN

**3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?**

- Zuckerkrankheit  JA  NEIN  
Erkrankungen der Schilddrüse  JA  NEIN  
Erkrankungen der Niere/Nebenniere  JA  NEIN  
Allergien, die einer Behandlung bedürfen  JA  NEIN  
Asthma  JA  NEIN

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie in Bezug auf oben angeführte Erkrankungen:

.....  
M. Kahler (Knochenmarkserkrankung)  JA  NEIN

**4. Körpergewicht ..... kg**

**5. Für Frauen:**

- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  JA  NEIN  
Stillen Sie gerade?  JA  NEIN

**Ich bestätige, dass ich das Informationsblatt gelesen und seinen Inhalt verstanden habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.**

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des/der Patienten/in Name und Unterschrift des Arztes*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten, Name und Unterschrift der MTF/RT  
(bei PatientInnen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)*

\_\_\_\_\_  
*Datum/Uhrzeit*