

Aufklärungsmerkblatt für die intravenöse Röntgenkontrastmittelgabe

Jodhaltige nicht ionische 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 können.
Eine normale Reaktion kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund sein. Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdruckes und dadurch zu geringen Beschwerden (Auftreten von Übelkeit oder Schmerz).
In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen, wie z.B. Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass 97% der Patienten keine Nebenwirkungen nach Kontrastmittelverabreichung haben. Die Häufigkeit von Beschwerden 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 auf der nächsten Seite angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:

1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt ?

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| * Nierenröntgen (i. V. P.) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Computertomographie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Kontrastmitteldarstellung der Gallenwege | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Venendarstellung der Beine (Phlebographie) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Gefäßröntgen (Angiographie) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

2. Haben Sie dabei nach Kontrastmittelverabreichung Unverträglichkeitserscheinungen festgestellt ?

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| * Übelkeit / Erbrechen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Atemnot / Würgegefühl | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Asthmaanfall | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Hautausschlag | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Bewusstlosigkeit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Krampfanfälle | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Schüttelfrost | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Schmerzen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

3. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt ?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| * Der Nieren / Nebennieren | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Der Schilddrüse | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| * M. Kahler (multiples Myelom) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

4. Besteht derzeit die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

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

Ich erkläre mich, mit der Untersuchung einverstanden !

Unterschrift der/des Patientin/en
Bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Arztes

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

Bemerkung zur Aufklärung:

Der Patient hat keine weiteren Fragen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---------------------------------------	--------------------------	----------------------------