

Aufklärungsblatt für die intravenöse Kontrastmittelgabe

Name: Geb. Datum:

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind für eine Untersuchung vorgesehen, bei der die Verabreichung eines **Kontrastmittels** geplant ist oder notwendig werden kann. Dabei wird Ihnen die Kontrastmittelflüssigkeit in die Vene injiziert, um Körperstrukturen und krankhafte Veränderungen besser darstellen zu können, was die Aussagekraft der Untersuchung wesentlich erhöht.

Nach der Verabreichung des Kontrastmittels können unter Umständen **Unverträglichkeitsreaktionen** auftreten. Eine normale Reaktion auf Kontrastmittel können Wärmegefühl oder ein bitterer Geschmack während der Injektion sein. Selten kommt es zum Auftreten von Übelkeit, Juckreiz oder Schmerz sowie Schwellung an der Einstichstelle, sehr seltene Nebenwirkungen sind Atemnot, Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe. Wie bei fast jedem medizinisch diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohende Komplikation prinzipiell möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich. Dadurch ist das Risiko der Untersuchung sehr klein im Vergleich zum erzielten Nutzen, zudem steht Ihnen bei ev. Nebenwirkungen sofort ärztliche Hilfe zur Verfügung.

Um ein bei IHNEN möglicherweise bestehendes **höheres Risiko** für **Kontrastmittelreaktionen** abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:

Hatten Sie schon einmal eine der folgenden Untersuchungen?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| • Nierenröntgen (IVP) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Computertomographie (CT) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Gallengangsdarstellung i.v. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Venendarstellung (Phlebographie) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| • Gefäßröntgen (Angiographie) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Traten bei diesen Untersuchungen Unverträglichkeitsreaktionen auf? Ja Nein

BLATT BITTE WENDEN!!!

Leiden Sie an:

- Allergien oder/und Asthma Ja Nein
- Nieren/Nebennierenerkrankungen Ja Nein
- Schilddrüsenüberfunktion Ja Nein
- Zuckerkrankheit Ja Nein
- M. Kahler (multiples Myelom) Ja Nein
- Einer Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis...) Ja Nein

Ich habe dieses Formular gelesen, verstanden und die Fragen nach meinem Wissen beantwortet. Anfälligen Fragen meinerseits wurden mir ausreichend erklärt.

Datum: _____

Unterschrift: _____