



PATIENTENINFORMATION

Gabe von Röntgenkontrastmittel in eine Vene

Sie sind für eine Untersuchung vorgesehen, bei der die Verabreichung eines Kontrastmittels unter Umständen notwendig werden kann. Dabei wird Ihnen die Kontrastmittelflüssigkeit in die Vene injiziert. Durch das Kontrastmittel wird die Aussagekraft der Untersuchung bei speziellen Fragestellungen wesentlich verbessert.

Eine normale Reaktion auf Kontrastmittel kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund sein. Selten (1%) kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, Auftreten von Übelkeit oder Schmerz. In sehr seltenen Fällen (~0,04%) können schwere, selten lebensbedrohliche Nebenwirkungen, wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe sowie Nierenfunktions- oder Stoffwechselstörungen auftreten. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht sofort ärztliche Hilfe zu Verfügung.

Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes höheres Risiko von Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende angeführte Fragen zu beantworten:

Wie groß und schwer sind Sie?cm,kg

Haben Sie eine Untersuchung mit Röntgen-Kontrastmittel schon einmal gehabt (bitte ankreuzen)?

- Nein Ja: Nierenröntgen (IVP) Computertomographie
 Angiographie (Gefäßdarstellung) Phlebographie (Venendarstellung)

Haben Sie dabei nach Kontrastmittelverabreichung Unverträglichkeiten festgestellt?

- Nein Ja: Übelkeit / Erbrechen Hautausschlag sonst:

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- der Niere / Nebenniere Nein Ja der Schilddrüse Nein Ja
Zuckerkrankheit Nein Ja Plasmozytom Nein Ja
bestehen Allergien Nein Ja, auf:

Nehmen Sie folgende Medikamente ein?

- Zuckermedikamente (v.a. Metformin) Nein Ja
Interleukin 2 Nein Ja
Blutverdünnungsmittel (z.B. Marcoumar) Nein Ja

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

- Nein Ja (falls zutreffend:) letzte Regelblutung vor Tagen

Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers? Nein Ja

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

.....
DATUM / UHRZEIT

.....
UNTERSCHRIFT DER/DES PATIENTIN/EN

.....
UNTERSCHRIFT DES ARZTES

.....
UNTERSCHRIFT DER MTD

Der/die Patient/in hatte weiteren Fragen:

Nein

Ja, folgendes wurde besprochen:

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