

Patientenetikett

Hinweise für Patienten zur Kontrastmittelgabe

Mühlenstraße 5-9
45894 Gelsenkirchen
Telefon 02 09/364-3910
E-Mail:
radiologie.nuklearmedizin
@marienhospital-buer.eu
www.marienhospital-buer.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu uns mit der Bitte überwiesen, eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel durchzuführen. Hierbei kann es je nach zu untersuchendem Organsystem und zu beantwortender Fragestellung sinnvoll oder sogar erforderlich sein, ein intravenöses Kontrastmittel zu verabreichen.

Bei dem Kontrastmittel handelt es sich um ein jodhaltiges Röntgenkontrastmittel, das über eine Armvene appliziert wird. Dieses Kontrastmittel wird zumeist sehr gut vertragen. Bei den selten auftretenden unerwünschten Wirkungen handelt es sich überwiegend um vorübergehende Störungen des Wohlbefindens. So können z.B. ein Wärmegefühl sowie Schwindel oder eine leichte Übelkeit auftreten. Hautrötung, Quaddelbildung und Juckreiz sind die häufigsten allergischen Reaktionen. In sehr seltenen Fällen kann es jedoch auch zu einer Atemwegs- oder Herzkreislaufbeteiligung kommen. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion kann es zu einer Verschlechterung der Nierenfunktion kommen. Extrem selten kann es zu einer lokalen Reaktion am Ort der Injektion kommen (Rötung, Durchblutungsstörung). Während der Untersuchung stehen wir in ständigem Kontakt mit Ihnen und es können sofort die erforderlichen medizinischen Maßnahmen zur Behandlung einer Unverträglichkeit eingeleitet werden.

Bitte seien Sie durch diese Aufklärung nicht beunruhigt. Wir sind heute im Sinne der Wahrung Ihrer persönlichen Rechte gehalten, Sie über mögliche Komplikationen zu informieren und benötigen zur Kontrastmittelgabe Ihr Einverständnis.

Nach Abschluss der Untersuchung empfehlen wir Ihnen, noch einige Zeit im Wartebereich Platz zu nehmen, da Unverträglichkeitsreaktionen auch verzögert auftreten können.

Bitte wenden!

Zuvor bitten wir Sie noch, einige Fragen zu beantworten. Bitte kreuzen Sie an:

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Haben Sie bei einer früheren Röntgenuntersuchung bereits ein Kontrastmittel erhalten (z.B. Herzkatheter, Beinvenendarstellung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind hierbei Zeichen einer Unverträglichkeit aufgetreten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (Heuschnupfen, Asthma)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leiden Sie an einer bösartigen Bluterkrankung (Plasmozytom)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leiden Sie an einem akuten oder chronischen Infekt (Hepatitis, Tuberkulose, HIV oder AIDS)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Könnten Sie schwanger sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Notizen des aufklärenden Arztes:

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet. Eine Abschrift dieses Bogens habe ich erhalten. Ich stimme der Untersuchung mit intravenösem Kontrastmittel zu.

Datum: _____ Patient: _____

Arzt: _____ Zeuge: _____

Als Erziehungsberechtigter bzw. Vormund stimme ich der Untersuchung meines Kindes zu und erkläre hiermit, dass eine Einwilligung meines miterziehungsberechtigten Partners als gegeben vorausgesetzt werden kann.

Datum: _____ Erziehungsberechtigter: _____

Arzt: _____ Zeuge: _____