

CT / MR Institut und Radiologie Kapfenberg

AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die intravenöse Röntgenkontrastmittelgabe:

Sehr geehrte/r Frau / Herr

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. Eine normale Reaktion auf **Kontrastmittel** kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund sein. Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass über 97% der Patienten/innen keine Nebenwirkungen nach Kontrastmittelverabreichung haben. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen 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 im Vergleich zum erzielten Nutzen sehr klein ist, weil wir ausschließlich moderne Kontrastmittel mit bester Verträglichkeit verwenden. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um ein **bei Ihnen** möglicherweise bestehendes höheres Risiko von Kontrastmittelreaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

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

	JA	NEIN
■ Nierenröntgen (i.v.P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Computertomographie (CT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Darstellung der Gallenblase/-wege mit KM Injektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Venendarstellung der Beine (Phlebographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Gefäßröntgen (Angiographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sind dabei nach der Kontrastmittel-Verabreichung Unverträglichkeitserscheinungen aufgetreten?

Wenn JA, welche?

.....

3. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt

	JA	NEIN
■ der Niere / Nebenniere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ M. Kahler (Plasmozytom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Medikamentenallergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Bei Frauen:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? JA NEIN

Laborwerte: (nicht von Patient/in auszufüllen) Kreatinin GFR vom:

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

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

Unterschrift des Arztes

Datum/Uhrzeit

Unterschrift der Assistentin

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

Bemerkungen zur Aufklärung:		
Der Patient hat keine weiteren Fragen	JA	NEIN
Folgende Fragen des Patienten wurden diskutiert:		

