



Patienteninformation – Kontrastmittelgabe

▶ **Patientenname:** _____

▶ Liebe Patientin, Lieber Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu uns zwecks Durchführung einer Röntgenuntersuchung bzw. Computertomographie überwiesen.

Mit dieser Untersuchung soll eine Erkrankung der inneren Organe ausgeschlossen bzw. bestätigt werden.

Die gewünschte Untersuchung macht bzw. kann eine intravenöse Gabe eines Kontrastmittels erforderlich machen.

▶ **Welche unerwünschten Begleiterscheinungen können auftreten?**

Normalerweise spürt man von der Injektion / Infusion nicht. Allenfalls tritt ein leichtes Wärmegefühl auf.

Wie bei der Gabe anderer Medikamente kann es zu **allergischen Reaktionen** kommen, die sich mit Übelkeit oder Hautausschlag in den ersten Minuten nach der Verabreichung ankündigen. Selten führt die Kontrastmittelapplikation zu Luftnot oder Kreislaufreaktionen. Für diese äußert seltene Situation haben wir die erforderlichen Medikamente immer zu Hand. Falls Sie irgendeine unangenehme Reaktion verspüren, lassen Sie es uns umgehend wissen. Nur in ganz wenigen Fällen treten in Zusammenhang mit Kontrastmittelgaben lebensgefährliche Reaktionen mit Kreislaufversagen oder Atemstillstand und Organversagen auf. Dieses Risiko ist jedoch sehr sehr gering.

Eventuell bestehende Allergien (Jod, Kontrastmittel) sollten Sie uns auch freundlicherweise mitteilen. Über einen Heuschnupfen oder Asthma sollten Sie uns ebenfalls informieren.

Da das Kontrastmittel **Jod** enthält, ist eine **Schilddrüsenerkrankung** mitteilungspflichtig.

Vor Beginn der Untersuchung sollten Sie uns jedoch noch einige Fragen beantworten, die uns sehr wichtig sind:

- ▶ Leiden Sie an einer **Allergie, Asthma oder Heuschnupfen**? Ja ▲ Nein
- Wurde Ihnen **schon einmal Kontrastmittel verabreicht**?
(Nieren-, Gallen-Untersuchung, Computertomographie) Ja ▲ Nein
- Wenn ja, **traten Nebenwirkungen** auf? Ja ▲ Nein
- Wenn ja, welche? _____

▶ **Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen:**

- Schilddrüsenfehlfunktion? Ja ▲ Nein
- Blutungsneigung? Ja ▲ Nein
- Diabetes / Zucker? Ja ▲ Nein
- Nierenerkrankungen? Ja ▲ Nein
- Gicht? Ja ▲ Nein
- Infektionskrankheiten?
(Hepatitis, Immunschwäche) Ja ▲ Nein

Medikamenten- / Pflasterallergie?

Ja ▲ Nein

Wurden bereits Röntgenaufnahmen der untersuchten Körperregion durchgeführt?

Ja ▲ Nein

Besitzen Sie dazu noch **Röntgenbilder** oder **Berichte**?
Wenn ja, dann bitten wir Sie, diese mitzubringen.

Ja ▲ Nein

- ▶ Für Frauen im gebärfähigem Alter: Könnten Sie **schwanger** sein? Ja ▲ Nein

Bemerkungen: _____

▶ **Einwilligung:**

Hiermit erkläre ich mich zu der Untersuchung bereit. Ich bin ausführlich über den Ablauf und die Risiken aufgeklärt worden.

Ich keine weiteren Fragen. Herr / Frau Dr. _____ hat mich ausreichend aufgeklärt und mich zusätzlich vor der Untersuchung zu Risiken und Komplikationen befragt. Meine Fragen wurden verständlich beantwortet. Weitere Fragen habe ich nicht. Es wurde mir ausreichende Bedenkzeit gegeben.

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt