

## Aufklärungsmerkblatt für die intravenöse Gabe von Kontrastmitteln:

### Jodhaltige, nichtionische, nierengängige Kontrastmittel

#### **Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

Sie sind für eine Untersuchung vorgesehen, bei der die Verabreichung eines Kontrastmittels geplant ist bzw. im Rahmen der Untersuchung notwendig ist. Dabei wird Ihnen die Kontrastmittelflüssigkeit in die Vene verabreicht, um anatomische Körperstrukturen und eventuell vorhandene krankhafte Veränderungen darstellen zu können. Durch das Kontrastmittel wird die Aussagekraft der Untersuchung verbessert.

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Injektion – zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein metallischer Geschmack im Mund auftreten. **Selten** kommt es zu einem, leichten Absinken des Blutdrucks sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. **Extrem selten** sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Falls sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte umgehend die Radiologie-Assistentin.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass ca. 97% der Patienten die Kontrastmittelverabreichung gut vertragen. 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.

Das Risiko der Untersuchung ist daher sehr gering im Vergleich zum erzielten Nutzen. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe natürlich zur sofortigen Verfügung.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittelreaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

Name: .....

**1. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Untersuchungen schon einmal durchgeführt?**

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

**2. Haben Sie nach Kontrastmittelverabreichungen Nebenwirkungen festgestellt? Wenn ja, welche?**

- |  |                            |                          |
|--|----------------------------|--------------------------|
| • Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| • Asthmaanfall                                 | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| • Hautausschlag                                | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| • Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit              | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| • Schüttelfrost                                | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |

**3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt.....?**

- |  |                            |                          |
|--|----------------------------|--------------------------|
| • Asthma?                                  | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| • Allergien, die eine Behandlung bedürfen? | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| • Nieren / Nebennieren?                    | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| • Schilddrüse?                             | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
| • Zuckerkrankheit?                         | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

- .....
- |                                 |                            |                          |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| • M. Kahler (multiples Myelom)? | Nein <input type="radio"/> | Ja <input type="radio"/> |
|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|

**4. Aktuelle Beschwerden.....**

Operationen im Bauchbereich?

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

Unterschrift des Patienten