

AUFKLÄRUNGSBLATT für die intravenöse KONTRASTMITTELGABE

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind für eine Untersuchung vorgesehen, bei der die Verabreichung eines Kontrastmittels geplant ist oder notwendig werden kann. Dabei wird Ihnen die Kontrastmittelflüssigkeit in die Vene injiziert, um Körperstrukturen und krankhafte Veränderungen besser darstellen zu können, was die Aussagekraft der Untersuchung wesentlich erhöht.

An der Einstichstelle kann es – wie bei jeder Spritze – zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Viele Menschen empfinden während der Anwendung ein Wärmegefühl und einen bittereren Geschmack im Mund. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass mehr als 99% der Patientinnen und Patienten das verwendete Kontrastmittel gut vertragen. Selten (etwa 1 in 400) kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden wie Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten (etwa 1 in 10.000) sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe. Wie bei fast jedem medizinischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Sollten bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten, steht sofortige ärztliche Hilfe jederzeit zur Verfügung.

Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes höheres Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

Hatten Sie schon einmal eine der folgenden Untersuchungen?

Nierenröntgen (i.v.P)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Computertomographie (CT)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Venendarstellung (Phlebographie)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Gefäßröntgen (Angiographie)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Traten bei diesen Untersuchungen Unverträglichkeitsreaktionen auf?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	---------------------------------	-----------------------------------

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Allergien, die einer Behandlung bedürfen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
der Niere/Nebenniere?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenüberfunktion?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

Myasthenia gravis? (spezielle Form der Muskelschwäche)	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
---	---------------------------------	-----------------------------------

Für Frauen: Sind Sie schwanger?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Stillen Sie gerade?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Ich habe dieses Formular gelesen, verstanden und die Fragen nach meinem Wissen beantwortet. Allfällige Fragen meinerseits wurden mir ausreichend erklärt.

Datum: _____

Unterschrift d. Patienten/gesetzlichen Vertreters: _____