

# AUFKLÄRUNGSBLATT für die INTRAVENÖSE KONTRASTMITTELUNTERSUCHUNG im CT

Name der Patientin/ des Patienten: .....

Geburtsdatum: .....

Art der Untersuchung: .....

**Sehr geehrte Patientin!**

**Sehr geehrter Patient!**

Ihr Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der die Verabreichung eines Kontrastmittels geplant ist.

Das Kontrastmittel wird in eine Vene injiziert, um anatomische Strukturen und eventuell vorhandene krankhafte Veränderungen gut darstellen zu können. Die Aussagekraft der Untersuchung wird somit deutlich erhöht.

Das Kontrastmittel wird im Allgemeinen sehr gut vertragen. Vereinzelt können Unverträglichkeitsreaktionen auftreten. Wie bei jeder medizinisch notwendigen diagnostischen Untersuchung können auch lebensbedrohliche Komplikationen auftreten, die Wahrscheinlichkeit ist jedoch sehr gering. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.



Die Untersuchung ist völlig schmerzfrei. Während der Kontrastmittel-Gabe kann im Körper ein Wärmegefühl oder ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Beides ist jedoch völlig harmlos und verschwindet nach wenigen Sekunden wieder.

**PAT. NAME:** .....

Um ein möglicherweise bestehendes Risiko von Kontrastmittelreaktionen bei Ihnen besser abschätzen zu können, bitte wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.

**1.) Hatten Sie früher schon einmal Untersuchungen mit Kontrastmittel?**

- Nieren-Röntgen (IVP)  JA  NEIN
- Computer-Tomographie (CT)  JA  NEIN
- Venen-Darstellung im Röntgen  JA  NEIN
- Gallenwegs-Darstellung im Röntgen  JA  NEIN

**2.) Sind Nebenwirkungen nach Kontrastmittel-Gabe bekannt?**  JA  NEIN

Wenn ja, welche? .....

**3.) Sind Allergien oder Medikamenten-Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt? (z.B. auf Jod)**

JA  NEIN

Wenn ja, welche? .....

**4.) Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?**

- Nieren oder Nebennieren?  JA  NEIN
- Schilddrüse? (Unter- od. Überfunktion)  JA  NEIN
- Zuckerkrankheit/ Diabetes?  JA  NEIN
- Plasmozytom (M. Kahler, mult. Myelom)?  JA  NEIN
- Chron. Infektionserkrankung (Tuberkulose, Hepatitis oder HIV)?  JA  NEIN

**5.) Nehmen Sie Medikamente?**  JA  NEIN

Wenn ja, welche? .....

.....

**Bitte trinken Sie nach der Untersuchung bis zum Abend ausreichend Flüssigkeit (alkoholfrei)! Dadurch wird die Ausscheidung des Kontrastmittels beschleunigt.**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Text verstanden habe und alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.**

**Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein.**

Datum:

Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. des gesetzl. Vertreters:

X

X

.....

.....

Unterschrift des Arztes: ..... Unterschrift der/ der RT: .....