

# RADIOLOGISCHE PRAXIS BORKEN

## Dr. med. K. Schwieren / E. Balten

### Information über die Gabe eines Röntgenkontrastmittels

Liebe/r Patient/in,

die bei Ihnen durchzuführende Untersuchung erfordert die intravenöse Gabe eines Röntgenkontrastmittels, um das zu untersuchende Organ besser oder überhaupt sichtbar zu machen. Dieses löst sehr selten Unverträglichkeitsreaktionen aus, die zu Hautausschlag, Juckreiz oder Erbrechen führen können. Meist verschwinden diese Reaktionen von selbst wieder. Ein kurzzeitiges Hitzegefühl ist normal.

Schwere allergische Unverträglichkeitsreaktionen auf Kontrastmittel führen extrem selten zu Schleimhautschwellungen im Kehlkopf und damit zur Verschlechterung der Atemfunktion und Krämpfen, sowie zu Herz-/Kreislaufstörungen (Schock), die lebensbedrohlich werden können.

Bitte trinken Sie nach der Untersuchung viel Wasser, Tee oder Saft, damit das Kontrastmittel so schnell wie möglich wieder ausgeschieden wird.

Vor der Kontrastmittelgabe beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- |   | Nein                     | Ja                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie schon einmal <b>Röntgenkontrastmittel</b> erhalten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Traten hierbei <b>unerwünschte Wirkungen</b> auf?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht bei Ihnen eine <b>Überempfindlichkeit</b> gegen Medikamente, Pflaster, Chemikalien, Nahrungsmittel oder Röntgenkontrastmittel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leiden Sie unter einer <b>Schilddrüsenüberfunktion</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie unter einer <b>Nierenerkrankung</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Leiden Sie an einer <b>Krebserkrankung</b> (z.B. Plasmozytom)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Nehmen Sie zur Behandlung einer Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus) ein <b>Metformin</b> -haltiges Präparat ein?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Liegt bei Ihnen eine <b>Infektionskrankheit</b> vor, z.B. Leberentzündung, AIDS oder TBC?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bei Frauen in gebärfähigem Alter:<br>Liegt bei Ihnen eine <b>Schwangerschaft</b> vor?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Telefonnummer: _____  |                          |                          |
| 11. Ich hätte gerne eine Kopie des obigen Aufklärungsbogens   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bestätigung Kopie erhalten \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in

**Ich bin mit der Gabe von Röntgenkontrastmittel einverstanden.**

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in (bzw. gesetzl. Vertreter/in) \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_