



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Verabreichung von Kontrastmittel

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

Im Rahmen der heutigen Röntgenuntersuchung macht es sich notwendig, Ihnen ein **Röntgenkontrastmittel** zur Sichtbarmachung krankhafter Veränderungen im Röntgenbild zu verabreichen.

Bei speziellen Fragestellungen ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Armvene in das Blutgefäßsystem zu spritzen. Dabei kann es gelegentlich zu einem vorübergehenden Wärmegefühl kommen, welches völlig harmlos ist und nach einigen Sekunden wieder vergeht. Selten kann es auch zu einer allergischen Reaktion (Überempfindlichkeit) kommen. Bitte melden Sie sich, wenn Sie während der Untersuchung etwas Außergewöhnliches verspüren, wie z.B. Juckreiz, Niesreiz oder Übelkeit.

Obwohl Sie allein im Untersuchungsraum sind, stehen Sie unter ständiger Kontrolle. Während der Untersuchung liegen Sie bequem auf einem Röntgenuntersuchungstisch. Dabei sollten Sie nach Möglichkeit ruhig liegen und eventuelle Atemkommandos befolgen.

Heute gebräuchliche Kontrastmittel (KM) werden im Allgemeinen gut vertragen. Gelegentlich kann die KM-Gabe zu schlechtem Geschmack führen, da das KM auch über die Speicheldrüsen ausgeschieden wird. Gelegentlich kann es zu Nies-, - bzw. Juckreiz führen, dies sind allergische Reaktionen auf das Kontrastmittel. Asthmatische Beschwerden, Kreislaufsymptome, Übelkeit und Brechreiz sind seltene Nebenwirkungen auf die Gabe von Kontrastmitteln. Nur in äußerst seltenen Fällen gibt es lebensbedrohliche Reaktionen (Eine auf 5.000 bis 400.000 Untersuchungen)

Um einen **komplikationslosen Verlauf** der Untersuchung schon im Vorfeld ermöglichen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten (**Zutreffendes bitte ankreuzen**):

1. Sind Sie schon früher bei uns untersucht worden? ja () nein ()
2. Haben Sie bei früheren Untersuchungen Röntgen-Kontrastmittel bekommen? ja () nein ()
3. Wenn ja, wo _____ Haben Sie es gut vertragen? ja () nein ()
4. Ist eine **Unverträglichkeit / Allergie** bekannt? Welche? ja () nein ()
(z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Kontrastmittel, Jod) _____
5. Ist ein **Diabetes mellitus** bei Ihnen bekannt? ja () nein ()
6. Wird dieser unter anderem mit dem Medikament **Metformin** behandelt? ja () nein ()
7. Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt? ja () nein ()
TSH-Wert: _____
8. Ist eine Nierenerkrankung bekannt? ja () nein ()
aktueller Kreatinin-Wert: _____
9. Ist eine **Infektionskrankheit** bei Ihnen bekannt? ja () nein ()
10. Besteht ggf. die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**? ja () nein ()

Wir bitten Sie, uns mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie dieses Informationsblatt gelesen und verstanden haben (**für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung**) und, dass Sie mit einer Kontrastmitteluntersuchung einverstanden sind.

Nordhausen, den _____ Unterschrift _____