



Aufklärungsbogen: Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel ...

...ermöglicht die Erkennung von krankhaften Veränderungen in Ihrem Körper. Die Untersuchung beruht auf der Verwendung von Röntgenstrahlen. Zur Dosisersparung nutzen wir neueste Techniken. Hierdurch liegt die Strahlenbelastung in einem medizinisch vertretbaren Bereich.

Jede einzelne Aufnahme dauert wenige Sekunden. Für eine optimale Bildqualität werden wir Sie bitten, bei Untersuchungen von Lunge und Oberbauch kurz die Luft anhalten, um Atembewegungen zu vermeiden. Abhängig davon, welches Organ, Gangsystem oder Gefäßsystem wir untersuchen, wird ein Kontrastmittel in Gefäße oder in Gangsysteme injiziert oder getrunken.

Das benutzte Kontrastmittel zeichnet sich durch seine hervorragende Verträglichkeit aus. Nur in sehr seltenen Fällen kann es zu Unverträglichkeitsreaktionen (wie Hautrötung, Hautjucken, Husten, Erbrechen, Blutdruckabfall) kommen, die mit Gegenmitteln (Antihistaminika bzw. Kortison) behandelt werden können.

Ernsthafte Überempfindlichkeitsreaktionen, die zu einem Krankenhausaufenthalt oder zu bleibenden Schäden führen, sind extrem selten. In extrem seltenen Fällen können Haut-, Weichteil- und Nerven- oder Gefäßschäden auftreten, die medikamentös oder operativ behandelt werden müssen und unter Umständen langandauernde oder dauerhafte Beschwerden (z.Bsp. Narben, Schmerzen, Taubheitsgefühle) verursachen können.

Bitte teilen Sie uns eine etwaige vorangegangene Kontrastmittelreaktion mit.

Die Gabe von Medikamenten...

...kann bei manchen Untersuchungsarten erforderlich sein, wenn z.B. mit Buscopan die Darmbewegung ausgeschaltet und damit die Bildqualität verbessert werden soll. Bitte informieren Sie uns vor der Untersuchung, wenn Sie an einem erhöhten Augeninnendruck leiden (so genannter Grüner Star).

Wie bereiten Sie sich vor?

Bitte bringen Sie zur Untersuchung Ihre ärztlichen Unterlagen (insbesondere von Voruntersuchungen) sowie die Laborwerte „Kreatinin“ und „basales TSH“ mit. Bitte setzen Sie in Absprache mit Ihrem behandelnden Arzt Metformin-haltige Medikamente (s. Rückseite) 48h vor der Untersuchung ab, falls eine Kontrastmittelgabe geplant ist.

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zur Vorbereitung der Röntgenuntersuchung (ggf. mit Kontrastmittel)
bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

Wie groß sind Sie und wie viel wiegen Sie? Größe:cm Gewicht:Kg

Sind Sie Patientin und könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft bestehen?

☐ NEIN ☐ JA

Sind Sie Patientin und stillen Sie derzeit ein Kind?

☐ NEIN ☐ JA

Wurde diese Untersuchung bei Ihnen schon mal durchgeführt?

☐ NEIN ☐ JA

Wann/Wo?

Bitte nur ausfüllen wenn eine Untersuchung mit Kontrastmittel erfolgen soll

Leiden Sie an ...

• ... einer Erkrankung oder Funktionsstörung der Nieren?

☐ NEIN ☐ JA

• ... einer Erkrankung oder Funktionsstörung der Schilddrüse

☐ NEIN ☐ JA

Wenn ja: Welches Medikament nehmen Sie ein?

• ... Allergien (Kontrastmittel? Heuschnupfen? Asthma?)

☐ NEIN ☐ JA

Wenn ja: An welcher?

• ... ansteckenden Krankheiten? (Hepatitis, HIV, MRSA u.a.)

☐ NEIN ☐ JA

Wenn ja: An welchen?

• ... an einer Tumorerkrankung?

☐ NEIN ☐ JA

Wenn ja: An welcher?.....

• ... einem Myelom oder Plasmozytom?

☐ NEIN ☐ JA

• ... Erkrankungen von Herz und Gefäßen?

☐ NEIN ☐ JA

• ... Diabetes?

☐ NEIN ☐ JA

Wenn ja: Haben Sie innerhalb der letzten 3 Tage ein Metformin-haltiges
Medikament eingenommen?

☐ NEIN ☐ JA

Diese Medikamente sollten 48h vor und nach der Untersuchung abgesetzt werden!

Wenn ja: Welches Medikament nehmen Sie?

Wenn ja: Wann haben Sie es zuletzt genommen?

Ärztliche Anmerkungen:

RI: **Uhrzeit:**.....

Ihre Daten werden in unserer Praxis nach der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Bestimmungen vertraulich behandelt. Sind Sie einverstanden, wenn wir Ihr Untersuchungsergebnis an Ihre behandelnden Ärzte (in Praxis/Krankenhäusern) weiterleiten (wenn nicht, oder wenn Sie Ihr Einverständnis widerrufen, brauchen Sie es nicht zu begründen)?

☐ NEIN ☐ JA

Sind Sie zudem damit einverstanden, dass wir Ihnen und Ihren behandelnden Ärzten das Untersuchungsergebnis auf elektronischem Weg (<https://www.easyradiology.net/>) übermitteln?

☐ NEIN ☐ JA

Möchten Sie diesen Aufklärungsbogen mitnehmen?

☐ NEIN ☐ JA

Ich bestätige, dass ich die Erläuterungen zur dieser Untersuchung, zu den mit ihr verbundenen Risiken gelesen und verstanden habe. Nach ausreichender Bedenkzeit habe ich keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der Untersuchung und der Gabe eines Kontrastmittels einverstanden.

Unterschriften:

Datum: **Patient:** **Arzt:** **MTRA (Scan):**