

Kontrastmittelgabe

(intravenös, jodhaltig)

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Wichtige Informationen zur Kontrastmittelgabe (intravenös, jodhaltig)

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels erforderlich. Kontrastmittel werden im Allgemeinen gut vertragen; bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag u. ä. Reaktionen kommen, die von selbst wieder abklingen.

Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufs sind selten. Schwere, lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten. Um das Untersuchungsrisiko möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten:

- Ist bei Ihnen eine Allergie (z. B. Heuschnupfen, Medikamenten- oder Nahrungsmittelallergie – insbesondere JOD) bekannt? ja nein
- Sind bei Ihnen schon Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel (z. B. Nieren- oder Gallenuntersuchung, Computertomographie, Gefäßdarstellung) durchgeführt worden? ja nein
- Falls ja, sind dabei Unverträglichkeiten aufgetreten? ja nein
- Besteht bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion? ja nein
- Ist bei Ihnen Diabetes bekannt? ja nein
Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?
- Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? ja nein
- Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Könnte eine Schwangerschaft vorliegen? ja nein

Bitte beachten Sie, dass Sie nach der Untersuchung möglichst viel trinken sollten (z. B. Mineralwasser, Tee), um die Kontrastmittelausscheidung zu beschleunigen.

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen zur Anamnese nach bestem Wissen beantwortet. Meine Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet und mir wurde eine Kopie des ausgefüllten Bogens übergeben. Mit der Gabe eines Kontrastmittels bin ich einverstanden.

Patientin/Patient/Sorgeberechtigter*/Betreuer:

Ärztin/Arzt:

Datum, Unterschrift

(Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Datum, Unterschrift

Ein Projekt von Radiologienetz

Unverbindliches Muster, erstellt unter Best-Practice-Gesichtspunkten und aufgrund einschlägiger Erfahrungen. Keine Haftung für Richtigkeit und Vollständigkeit. Das vorliegende Muster dient der Patientenaufklärung im Rahmen diagnostischer Maßnahmen und ersetzt in keinem Fall die einer diagnostischen Maßnahme vorausgehende persönliche Befragung des Patienten und das individuelle therapeutische Gespräch. Alle Patientenangaben sind freiwillig.

*Grundsätzlich sollten beide Sorgeberechtigte unterschreiben. Liegt die Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten vor, so versichert der/die Unterzeichner/in, dass er/sie im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt oder er/sie das alleinige Sorgerecht für das Kind hat.