



Röntgenkontrastmittel RÖ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der ein Kontrastmittel verabreicht werden muss.

Kontrastmittel machen Strukturen sichtbar, die auf normalen Röntgenbildern nicht zu erkennen sind. So erhält man wertvolle Informationen über das Innere des Körpers.

Röntgen-Kontrastmittel werden in die Adern gespritzt. Der Zugang für die Kontrastmittelinjektion erfolgt in der Regel durch eine fachlich ausgebildete Mitarbeiterin. In seltenen Fällen kann es einmal zu einer Entzündung an der Einstichstelle kommen.

Röntgen-Kontrastmittel enthalten Jod. Manche Patienten sind hiergegen allergisch, so dass es in sehr seltenen Fällen zu Nebenwirkungen wie Kreislaufkollaps oder Atemstörungen kommen kann. Auch bei einer Schilddrüsenüberfunktion darf Jod nicht gegeben werden.

Kontrastmittel werden über die Nieren ausgeschieden. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie wegen einer Nierenfunktionsstörung behandelt werden.

Wenn Sie an Diabetes leiden und Metformin einnehmen, beraten wir mit Ihnen, ob das Medikament vorübergehend abgesetzt werden muss.

Es ist in jedem Falle ratsam, am Untersuchungstag reichlich zu trinken. So können die Nieren das Kontrastmittel leichter ausscheiden.

Wir möchten das Untersuchungsrisiko für Sie so gering wie möglich halten. Wir verwenden daher modernste Kontrastmittel, bei denen allergische Reaktionen selten sind.

Während der Untersuchungszeit sind wir in Ihrer unmittelbaren Nähe. Bitte teilen Sie uns alles mit, was Sie beunruhigt, insbesondere, wenn Sie folgende Symptome verspüren: Nies- oder Juckreiz, Quaddelbildung, Husten, Atemschwierigkeiten, Schwindel, Übelkeit.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

H-Nr. _____

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Sind Sie früher schon einmal mit Röntgen-Kontrastmittel untersucht worden?

ja

nein

Haben Sie nach Röntgenkontrastmittelgabe **Nebenwirkungen** verspürt?
Hautrötung, Jucken, Niesreiz, Luftnot, Kreislaufbeschwerden, Bewußtlosigkeit?

ja

nein

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt?
gegen _____

ja

nein

Ist Ihnen eine **Überfunktion der Schilddrüse** bekannt?

ja

nein

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** ein?
z.B. Aspirin, ASS, Marcumar

ja

nein

Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?

ja

nein

Nehmen Sie ein Metformin haltiges Medikament gegen Diabetes ein?

ja

nein

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ m

Wurde dieses Körperteil vorher schon einmal untersucht?

ja

nein

Wenn ja, wann und wo?

Hiermit bin ich mit der Röntgenuntersuchung und einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Für Patientinnen:

Röntgenuntersuchungen können das ungeborene Leben schädigen und eine Schwangerschaft negativ beeinflussen.

Sie dürfen daher bei Schwangeren nicht durchgeführt werden.

Erklärung:

In Kenntnis dieser Umstände erkläre ich mich mit der geplanten Untersuchung einverstanden, **da ich bei mir eine Schwangerschaft ausschließe.**

Hiermit werde ich über die Möglichkeit eines vorherigen Schwangerschaftstestes informiert, halte diesen jedoch nicht für erforderlich.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift Arzt: _____