

## Informationsblatt für die Untersuchung mit über Venen verabreichtem Röntgenkontrastmittel

---

**Sehr geehrte Patientin!**  
**Sehr geehrter Patient!**

Es ist eine Untersuchung vorgesehen, bei der Ihnen Röntgenkontrastmittel über eine Vene verabreicht wird. Dieses Kontrastmittel ist für die Untersuchung unbedingt notwendig.

An der Einstichstelle kann es wie bei jeder Injektion zu Schmerzen oder einem Bluterguss kommen. Manchmal kann es zum Kontrastmittelaustritt aus der Vene an der Injektionsstelle kommen. Falls Sie während der Kontrastmittelverabreichung Schmerzen oder eine Schwellung verspüren, **teilen Sie uns dies bitte sofort mit**, damit wir die Kontrastmittelgabe sofort abbrechen können. Die Schwellung kann manchmal einige Tage anhalten, mit Alkoholumschlägen und Venensalbe (z.B.: Hirudoid-Salbe) klingt sie aber rasch ab.

Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel können auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten. Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu Schwindel oder Schweißausbruch. Selten kann auch Übelkeit oder ein Hautausschlag auftreten. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall oder Herzrhythmusstörungen.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass ca. 97% der Patienten die Kontrastmittelverabreichung gut vertragen. Die Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen liegt bei 0,04% - diese sind somit möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich. Das Risiko der Untersuchung ist daher sehr gering im Vergleich zum erwarteten Nutzen. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe immer sofort zur Verfügung.

## Röntgen der Nieren und ableitenden Harnwege (IVP, IVU)

### Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen genau zu beantworten, um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können.

Sollten Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizintechnische Personal oder den untersuchenden Arzt.

Name: .....

Geburtsdatum: ...../...../..... Größe: ..... cm, Gewicht: ..... kg

### Haben Sie eine der folgenden Untersuchung schon einmal gehabt?

- Nierenröntgen  Computertomographie  
 Darstellung der Beinvenen (IVP)  Gefäßröntgen (Angiographie)

### Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen? Nein Ja

#### Wenn ja, traten nach der Kontrastmittelgabe Nebenwirkungen auf, z.B:

- Nein  Ja:  Übelkeit / Erbrechen / Würgegefühl  Asthmaanfall / Atemnot  
 Hautausschlag  Krampfanfälle, Bewußtlosigkeit  Schüttelfrost

### Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- Allergien, die einer Behandlung bedürften?  
 Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)  Asthma  des Herzens  
 der Nieren/Nebennieren  M. Kahler (multiples Myelom)  
 der Schilddrüse – Wenn ja, welche:  Überfunktion  Unterfunktion  
 Zuckerkrank – Wann ja, welche Zuckermedikamente nehmen Sie?  
.....

Für Patientinnen: **Könnten Sie schwanger sein?**  Nein  Ja  
**Stillen Sie?**  Nein  Ja

Sind Sie mit der Gabe von jodhaltigem Kontrastmittel einverstanden  Nein  Ja

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Der vorgeschlagenen Untersuchung stimme ich zu.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift d. Patient/in

Überprüfung der oben angeführten Punkte durch RT: .....

Vom Personal auszufüllen:

Krea: .....

GFR: .....

TSH: .....

B-Datum: .....