



## **AUFKLÄRUNGSBLATT KONTRASTMITTELUNTERSUCHUNG DER BEINVENEN**

### **SEHR GEEHRTE PATIENTIN! SEHR GEEHRTER PATIENT!**

Sie sind von Ihrer/Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt zu einer Untersuchung Ihrer Beinvenen überwiesen worden. Wir ersuchen Sie, zu Ihrer Information den folgenden Text durchzulesen und anschließend die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Die Untersuchung setzt die Verabreichung eines Kontrastmittels voraus. Nach einer Nadelpunktion am Fussrücken werden die Blutgefäße mit Kontrastmittel aufgefüllt. Thrombosen oder Krampfadern werden so detailliert diagnostiziert.

Es werden nach Verabreichung des Kontrastmittels Röntgenaufnahmen angefertigt. Dadurch kann die Funktion und die Beschaffenheit Ihrer Beinvenen dargestellt werden. Die Untersuchung wird ca. 15 Minuten dauern. Danach müssen Sie noch ca. 20 Minuten bei uns Platz nehmen und die Beine hochlagern damit es zu keiner Blutung im Einstichbereich kommt.

An der Einstichstelle des Zugangs kann es – wie bei jeder Injektion – zu Schmerzen, einem Bluterguss und selten zu einer Infektion kommen. Auftretendes Wärmegefühl oder ein bitterer Geschmack im Mund sind bekannte, harmlose Reaktionen von kurzer Dauer.

Es können aber auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten. Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks, Übelkeit, Hautrötungen, -ausschlägen oder Schmerzen. Wissenschaftliche Studien<sup>1</sup> zeigen, dass ca. 97 % der Patienten Kontrastmittel gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04 % angegeben.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittelreaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen zu beantworten.

---

<sup>1</sup>KATAYAMA-Studie, Bericht über Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300 000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 621 – 628)

1. **BESTEHT DIE MÖGLICHKEIT EINER SCHWANGERSCHAFT ODER  
STILLEN SIE ZURZEIT?**  JA  NEIN

2. **SIND SIE NÜCHTERN?**  JA  NEIN

3. **HABEN SIE SCHON EINMAL KONTRASTMITTEL VENÖS VERABREICHT BEKOMMEN?**  
(zB NIERENRÖNTGEN, CT, ANGIOGRAPHIE - GEFÄßRÖNTGEN , ... )  JA  NEIN

4. **HABEN SIE NACH KONTRASTMITTELVERABREICHUNGEN NEBENWIRKUNGEN  
FESTGESTELLT?**

- ÜBELKEIT, ERBRECHEN
- ATEMNOT, ASTHMAANFALL
- HAUTAUSSCHLÄGE
- KRAMPFANFÄLLE, SCHÜTTELFROST
- BEWUSSTLOSIGKEIT

5. **SIND BEI IHNEN FOLGENDE ERKRANKUNGEN BEKANNT?**

- ASTHMA
  - ALLERGIEN
  - HERZERKRANKUNGEN
  - NIERENERKRANKUNGEN
  - MORBUS KAHLER (MULTIPLES MYELOM)
  - SCHILDDRÜSENERKRANKUNGEN
- WENN JA, WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN?
- 

- DIABETES
- WENN JA, WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN?
- 

6. **WELCHE BESCHWERDEN HABEN SIE? SEIT WANN?**

---

7. **HATTEN SIE IM BEINVENENBEREICH SCHON OPERATIONEN? WENN JA:**

WELCHE?

---

8. **SIND BEI IHNEN FRÜHERE ERKRANKUNGEN DER BEINVENEN BEKANNT? WENN JA:**

WELCHE?

---

9. **HATTEN SIE SCHON UNTERSUCHUNGEN VON DEN BEINVENEN?**

(zB ULTRASCHALL, RÖNTGEN, CT, MR,...)

WELCHE?

---

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich dieses Formular gelesen,  
verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet  
habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. In einem  
persönlichen  
Aufklärungsgespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

---

DATUM UND UNTERSCHRIFT DER/DES PATIENT/IN    UNTERSCHRIFT RT    UNTERSCHRIFT ARZT  
BZW. DES GESETZLICHEN VERTRETERS

Im Fall einer Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert.

---

ARZT

