



AUFKLÄRUNGSBLATT KONTRASTMITTELUNTERSUCHUNG DER NIEREN

SEHR GEEHRTE PATIENTIN! SEHR GEEHRTER PATIENT!

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

Da diese Untersuchung die Verabreichung eines Kontrastmittels voraussetzt, wird eine Kanüle in eine Ihrer Venen eingebracht. Durch diesen Zugang wird Ihnen Kontrastmittel gespritzt. Dadurch werden die anatomischen Körperstrukturen und eventuelle krankhafte Veränderungen dargestellt. Die Aussagekraft der Untersuchung wird durch die Kontrastmittelgabe wesentlich verbessert.

Es werden nach Verabreichung des Kontrastmittels in verschiedenen Zeitabständen Röntgenaufnahmen angefertigt. Dadurch kann die Funktion des Harntraktes dargestellt werden. Die gesamte Untersuchung wird ca. eine halbe Stunde dauern. Bitte gehen Sie vorher noch zur Toilette, damit Ihre Blase leer ist.

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 Studien¹ 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.

¹KATAYAMA-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
- HAUTAUSCHLÄGE
- 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 IN DIESEM BEREICH SCHON OPERATIONEN? WENN JA:**

WELCHE?

8. **SIND BEI IHNEN FRÜHERE ERKRANKUNGEN VON DIESEM BEREICH BEKANNT? WENN JA:**

WELCHE?

9. **HATTEN SIE SCHON UNTERSUCHUNGEN VON DEN NIEREN ODER DER HARNBLASE?**

(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

