

NAME: \_\_\_\_\_

## AUFKLÄRUNGSBLATT FÜR PHLEBOGRAPHIE

Mo-Do 7-17h | Fr 7-15h  
Alle Kassen und Privat  
Tel: 0732/78 55 78 | Fax: +25  
4020 Linz | Dametzstraße 27  
www.institut-rachinger.at  
office@institut-rachinger.at

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.

Da diese Untersuchung die Verabreichung eines Kontrastmittels voraussetzt, wird Ihnen ein venöser Zugang gesetzt. Durch diesen Zugang wird Ihnen Kontrastmittel gespritzt und somit kann man die anatomischen Körperstrukturen und eventuelle krankhafte Veränderungen darstellen. Durch die Gabe des Kontrastmittels wird die Aussagekraft der Untersuchung wesentlich verbessert.

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. Als jedoch bekannte Reaktion auf Kontrastmittel kann ein Wärmegefühl oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. 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.

1. **Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?**  JA  NEIN
2. **Stillen Sie zurzeit?**  JA  NEIN
3. **Sind Sie nüchtern?**  JA  NEIN
4. **Haben Sie schon einmal Kontrastmittel venös verabreicht bekommen?**  
(zB Nierenröntgen, Computertomographie, Phlebographie – Darstellung der Beinvenen, Gefäßröntgen – Angiographie,...)  JA  NEIN
5. **Haben Sie nach Kontrastmittelverabreichungen Nebenwirkungen festgestellt?**
  - Übelkeit, Erbrechen
  - Atemnot, Asthmaanfall
  - Hautausschläge
  - Krampfanfälle, Schüttelfrost
  - Bewusstlosigkeit

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

NAME: \_\_\_\_\_

**6. 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?  
\_\_\_\_\_

**7. Welche Beschwerden haben Sie? Seit wann?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Hatten Sie im Beinvenenbereich schon Operationen?**

Wenn ja:

Welche?	Wann?	Wo?

**9. Sind bei Ihnen frühere Erkrankungen von den Beinvenen bekannt?**

Welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Hatten Sie schon Untersuchungen von den Beinvenen?**

(zB Ultraschall, Röntgen, MR,...)

Welche?	Wann?	Wo?

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  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift RT

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt