



ABTEILUNG FÜR RADIOLOGIE  
UND NUKLEARMEDIZIN

CHEFARZT  
PRIV.-DOZ. DR. MED. UWE KESKE

VIRCHOWSTRASSE 122  
45886 GELSENKIRCHEN  
TELEFON: 0209 / 172 - 4000  
TELEFAX: 0209 / 172 - 4099  
E-MAIL U.KESKE@ST-AUGUSTINUS.DE

## Hinweise für Patienten zur Kontrastmittelgabe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu uns mit der Bitte überwiesen, eine Röntgenuntersuchung durchzuführen. Hierbei kann es je nach zu untersuchendem Organsystem und zu beantwortender Fragestellung sinnvoll oder sogar erforderlich sein, ein intravenöses Kontrastmittel zu verabreichen.

Bei dem Kontrastmittel handelt es sich um ein jodhaltiges Röntgenkontrastmittel, das über eine Armvene appliziert wird. Dieses Kontrastmittel wird zumeist sehr gut vertragen. Bei den selten auftretenden unerwünschten Wirkungen handelt es sich überwiegend um vorübergehende Störungen des Wohlbefindens. So können z.B. ein Wärmegefühl sowie Schwindel oder eine leichte Übelkeit auftreten. Hautrötung, Quaddelbildung und Juckreiz sind die häufigsten allergischen Reaktionen. In sehr seltenen Fällen kann es jedoch auch zu einer Atemwegs- oder Herzkreislaufbeteiligung kommen. Während der Untersuchung stehen wir in ständigem Kontakt mit Ihnen und es können sofort die erforderlichen medizinischen Maßnahmen zur Behandlung einer Unverträglichkeit eingeleitet werden.

Bitte seien Sie durch diese Aufklärung nicht beunruhigt. Wir sind heute im Sinne der Wahrung Ihrer persönlichen Rechte gehalten, Sie über mögliche Komplikationen zu informieren und benötigen zur Kontrastmittelgabe Ihr Einverständnis.

Falls Sie nicht im Marienhospital stationär aufgenommen sind, empfehlen wir Ihnen, nach Abschluss der Untersuchung noch einige Zeit im Wartebereich Platz zu nehmen, da Unverträglichkeitsreaktionen auch verzögert auftreten können.

**Bitte wenden!**

Zuvor bitten wir Sie, einige Fragen zu beantworten. Bitte kreuzen Sie an:

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Haben Sie bei einer früheren Röntgenuntersuchung bereits ein Kontrastmittel erhalten (z.B. Herzkatheter, Beinvenendarstellung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind hierbei Zeichen einer Unverträglichkeit aufgetreten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (Heuschnupfen, Asthma)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt (Diabetes)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leiden Sie an einer bösartigen Bluterkrankung (Plasmozytom)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Könnten Sie schwanger sein?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Notizen des aufklärenden Arztes:**

---

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Rückfragen wurden mir beantwortet. Ich stimme der Untersuchung mit intravenösem Kontrastmittel zu.

Datum: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Zeuge: \_\_\_\_\_

**Nur bei Kindern:** Als Erziehungsberechtigter bzw. Vormund stimme ich der Untersuchung meines Kindes zu und erkläre hiermit, dass eine Einwilligung meines miterziehungsberechtigten Partners als gegeben vorausgesetzt werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_ Zeuge: \_\_\_\_\_