

AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für die intravenöse Gabe von RÖNTGENKONTRASTMITTELN:

Jodhaltige, nichtionische, nierengängige Kontrastmittel¹

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie sind für eine Untersuchung vorgesehen, bei der die Verabreichung eines Kontrastmittels geplant ist bzw. im Rahmen der Untersuchung notwendig werden kann.

Dabei wird Ihnen die Kontrastmittelflüssigkeit in die Vene verabreicht, um anatomische Körperstrukturen und eventuell vorhandene krankhafte Veränderungen darstellen zu können. Durch das Kontrastmittel wird die Aussagekraft der Untersuchung wesentlich verbessert

An der Einstichstelle kann es - wie bei jeder Injektion - zu Schmerzen, einem Bluterguss und sehr selten zu einer Infektion kommen. Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten.

Nach Verabreichung des Kontrastmittels können auch Unverträglichkeitsreaktionen auftreten: Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden, sowie Auftreten von Übelkeit oder Schmerzen. Sehr selten sind schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, Ihren Arzt.

Wissenschaftliche Untersuchungen² zeigen, dass ca. 97% der Patienten die Kontrastmittelverabreichung gut vertragen. Die Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen wird mit 0,04% angegeben. Wie bei fast jedem medizinisch notwendigen diagnostischen Eingriff ist eine lebensbedrohliche Komplikation möglich, jedoch äußerst unwahrscheinlich.

Das Risiko der Untersuchung ist daher sehr gering im Vergleich zum erzielten Nutzen. Sollten dennoch Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

¹ Diese Angaben beziehen sich auf die 1998 in Österreich zugelassenen nichtionischen nierengängigen Kontrastmittel.

² KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S.621-628)

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko für Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die angeführten Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

Röntgenordination Prof. Dr. W. Dock, Dr. H. Mendel

Digitales Röntgen, Mammographie, Ultraschall, Computertomographie

Skodagasse 32, Confraternität, 1080 Wien Tel.: 01/ 405 31 93

ALLE KASSEN



1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt?

Nierenröntgen (IVP)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Computertomographie (CT)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Venendarstellung der Beine (Phlebographie)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gefäßröntgen (Angio-/Cardangiographie)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

2. Haben Sie nach Kontrastmittelverabreichungen Nebenwirkungen festgestellt?

Wenn ja, welche?

Übelkeit/Erbrechen/Atemnot/Würgegefühl	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthmaanfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hautausschlag	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Schüttelfrost	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

3. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt...

Asthma?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Allergien, die einer Behandlung bedürfen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
der Niere/Nebenniere?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
der Schilddrüse?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Morbus Kahler (Multiples Myelom)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?

4. Haben Sie Angst in engen Räumen (Klaustrophobie)?

	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-----------------------------

5. Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja

Stillen Sie gerade? Ja

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

Unterschrift der/des Patientin/en
und Unterschrift bzw. des gesetzlichen Vertreters

Name und Unterschrift
des/der Arztes/in

Datum/Uhrzeit

Name und Unterschrift
der/des MTD

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung der/dem Assistentin/en zu übergeben.

Ärztliche Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:

.....
.....
.....
.....
.....

Der Patient stimmt der Untersuchung zu

Ja

Nein

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

Das Merkblatt ist auch im Internet abrufbar unter www.gerot.at und www.oerg.at

Dieses Aufklärungsmerkblatt wurde von folgender Arbeitsgruppe erstellt: Prim. Dr. W. Küster Prim. Univ. Prof. Dr. G. Mostbeck
S. Möritz-Kaisergruber, B.S., M.I.M.,
Univ. Prof. Mag. jur. Dr. H. Ofner (Institut für Rechtsvergleichung)
Mag. jur. Dr. med. A. Resch-Holeczke
Univ. Prof. Dr. W. Schima

Die ÖRG befürwortet diese Initiative zur verbesserten Patientenaufklärung.