

Vinzenzkrankenhaus Hannover <b>Roe-F-003</b> Version 4.0 Ausgabedatum 07.10.2021	<b>Aufklärung über eine          Computertomographie (CT) mit          Kontrastmittel</b>	
--	---	---

Name:	.....
Vorname:	.....
Geb. Datum:	..... . ..... . .....

**Vinzenzkrankenhaus  
 Hannover GmbH**  
 Lange-Feld-Straße 31  
 30559 Hannover  
  
**Klinik für Diagnostische  
 Radiologie**  
  
 Telefon 0511 950 2156  
 Telefax 0511 950 2155

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel durchgeführt werden, um vermutete krankhafte Veränderungen sichtbar zu machen. Zusätzlich zum ärztlichen Aufklärungsgespräch soll Ihnen dieser Aufklärungsbogen zur Information dienen. Gleichzeitig dokumentieren wir mit ihm Ihre Einwilligung in die Untersuchung.

Während der Untersuchung wird Ihnen je nach Untersuchungsart Kontrastmittel in ein Blutgefäß oder direkt in die zu untersuchende Körperregion injiziert. Bei der nachfolgenden Röntgenuntersuchung kann dadurch die betroffene Region besser dargestellt werden.

Im Normalfall wird das Kontrastmittel problemlos vertragen. In Einzelfällen können Überempfindlichkeitsreaktionen in Form von Übelkeit, Juckreiz, Hautrötung und -schwellung auftreten, die harmloserer Natur sind und im Allgemeinen nicht behandlungsbedürftig sind. Im Extremfall können jedoch Reaktionen von Kreislauf, Lunge, Leber, Schilddrüse, Nieren oder Nervensystem auftreten, die eine stationäre Behandlung notwendig machen, zu bleibenden Schäden führen können und extrem selten bis lebensbedrohlich sein können. Durch die Punktion selbst kann es neben einer Gefäßverletzung zu einem Kontrastmittelaustritt in das umliegende Gewebe (Paravasat), selten zu einem Bluterguss oder einer Infektion kommen.

Im Anschluss an die Kontrastmitteluntersuchung sollten Sie viel trinken, damit die Ausscheidung des Kontrastmittels über die Nieren beschleunigt wird.

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

- Wurde bei Ihnen schon einmal eine Kontrastmitteluntersuchung der Nieren, Blutgefäße, Gallenwege, oder anderer Organe durchgeführt?  ja  nein
  - Wenn ja, sind dabei Komplikationen aufgetreten?  ja  nein
- Ist bei Ihnen eine Allergie gegen Kontrastmittel bekannt? (Iod-Allergie)  ja  nein
- Leiden Sie an Heuschnupfen, Asthma oder sonstigen Allergien?  ja  nein
  - Wenn ja, an welchen? .....
- Haben Sie eine Nierenfunktionsstörung?  ja  nein
- Sind Sie Zuckerkrank (Diabetes)?  ja  nein
  - Wenn ja, nehmen Sie ein Metformin-haltiges Präparat ein?  ja  nein
- Ist eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?  ja  nein
- Nehmen Sie Schilddrüsenhormone ein?  ja  nein
  - Wenn ja, welches Präparat? .....
- Leiden Sie an der Krankheit Plasmozytom, Phäochromozytom, Sichelzellanämie, Epilepsie oder Myasthenia gravis?  ja  nein
- Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV/ AIDS, Hepatitis, Tuberkulose o.ä.)?  ja  nein
- Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?  ja  nein
  - Wenn ja, welche? .....
- Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie?  ja  nein
- Benötigen Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens?  ja  nein

**Anmerkungen:**

.....

.....

.....

**Einwilligungserklärung:**

Ich wurde heute von Frau/Herrn Dr. .... über die o. g. Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel und ihre Risiken aufgeklärt. Ich bin mit der Untersuchung einverstanden, ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und benötige keine weitere Bedenkzeit.

Datum: .....20.....

.....

Unterschrift d. Patienten/in
Unterschrift d. Betreuers/d. Sorgeberechtigten\*
Unterschrift d. Arztes/Ärztin

\*unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.