

Aufklärungsbogen zur Kontrastmitteluntersuchung



Sehr geehrte Frau / sehr geehrter Herr _____,

bei Ihnen soll eine Untersuchung mit einem jodhaltigen Kontrastmittel durchgeführt werden. Das Kontrastmittel wird über eine Vene in den Blutkreislauf gebracht. Die Untersuchung beginnt sofort.

Direkt mit der Kontrastmittelverabreichung kann ein Wärmegefühl entstehen, welches jedoch nach kurzer Zeit wieder verschwindet.

Schwerwiegende Komplikationen sind extrem selten. Auch allergische Überempfindlichkeitsreaktionen, die zu bleibenden Schäden führen, äußerst selten.

Um diese Risiken gering zu halten, werden Ihnen im Fragebogen einige Fragen gestellt, die sorgfältig beantwortet werden müssen.

Bitte fragen Sie, falls Sie etwas nicht verstanden haben oder weitere Informationen erhalten möchten.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Untersuchung ein. Ja Nein

Ich lehne die Gabe des jodhaltigen Kontrastmittels ab. Ja Nein

Über mögliche gesundheitliche Folgen bei einer Ablehnung der Untersuchung bin ich aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Vermerke des aufklärenden Arztes:

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Fragebogen zur Kontrastmitteluntersuchung

Name	_____
Vorname	_____
Geb.-Datum	_____

Straße	_____
PLZ / Ort	_____
Telefon	_____
Krankenkasse	_____

Keatinin: _____

TSH: _____

Diabetes: _____

Jodallergie: _____

Wir bitten Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Sollten Sie Unterlagen mitgebracht haben, die Ihre Untersuchung betreffen (Vorbefunde, Röntgenbilder etc.), händigen Sie diese bitte dem Praxispersonal aus.

- Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt? (wie z. B. Hepatitis, Tbc, HIV) Ja Nein
- Wurden Sie schon einmal geröntgt?
Wenn ja, wann und was zuletzt? _____ Ja Nein
- Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Im Rahmen der bei Ihnen geplanten Untersuchung ist möglicherweise die intravenöse Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels erforderlich.

Um das Untersuchungsrisiko möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten:

- Ist bei Ihnen eine Allergie oder Überempfindlichkeit bekannt?
(z. B. Heuschnupfen, Medikamente, Nahrungsmittel, insbesondere Jod) Ja Nein
- Wurden bei Ihnen schon Untersuchungen mit Kontrastmittel durchgeführt?
Falls ja, sind dabei Unverträglichkeiten aufgetreten? Ja Nein
- Ihr Gewicht? _____ kg Ihre Körpergröße? _____ cm

Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Untersuchung und der intravenösen Gabe von gadoliniumhaltigem Kontrastmittel einverstanden. Eine Kopie des Aufklärungsbogens kann ich auf Wunsch erhalten.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Bilder und Befunde an meine behandelnden Ärzte einverstanden, auch bei einer nachträglichen Anforderung.

Bei fehlendem Schein verpflichte ich mich, diesen innerhalb von 10 Tagen nachzureichen, da sonst eine Privatrechnung nach GOÄ gestellt wird.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Schein: Ja Nein PP BG Station _____ KH _____

ISDN / Dicom / Papier / CD / KM i. v. _____ ml / KM oral _____ ml / Valium _____ ml