

Fragebogen zur Kontrastmittelgabe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden, bei welcher ein Kontrastmittel in die Vene gespritzt wird. Dieses Kontrastmittel enthält Jod. In Kombination mit sehr wenigen Medikamenten und auch bei einigen wenigen, bestimmten Krankheiten kann eine Jodgabe jedoch schädlich sein. Deswegen möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten:

Hatten oder haben Sie eine Krebserkrankung: wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie schon einmal überempfindlich auf Röntgen- kontrastmittel reagiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter Allergien? wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist Ihre Nierenfunktion eingeschränkt (Kreatinin-Wert erhöht)? Kreatinin-Wert: GFR: vom:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente? Wenn ja, welche: Schilddrüsenwert (TSH): vom:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter Diabetes? wenn ja: nehmen Sie Metformin -haltige Blutzuckermedikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ihr Körpergewicht: kg	Ihre Größe: cm	

Mögliche Komplikationen der Untersuchung

Ein kurzfristiges Wärmegefühl im ganzen Körper kurz nach Einfließen des Kontrastmittels tritt gelegentlich auf und klingt sofort wieder ab.

1. leichte Nebenwirkungen (selten): - Übelkeit - Niesanfälle - Quaddeln (Juckreiz)	2. schwere Nebenwirkungen (äußerst selten): - Luftnot durch Ödem (= Anschwellung) im Kehlkopfbereich und in den Bronchien - Kreislaufkollaps, Schock	3. Spätreaktionen (extrem selten), Stunden oder Tage später: - Juckreiz - andere allergische Reaktionen
--	---	--

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde/Bilder an mitbehandelnde Ärzte weitergegeben werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Für die Untersuchung erforderliche Befunde/Bilder dürfen angefordert werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin über die Kontrastmittelgabe und ihre Risiken informiert und erkläre mich mit der Untersuchung und einer Kontrastmittelgabe einverstanden.

..... Name Vorname Geb.-Datum
Oldenburg, den Unterschrift Patient/Betreuer/ Erziehungsberechtigter Unterschrift Arzt