



Aufklärungsbogen i.v.-Urogramm					Version	Seite
F	38	7	7.5	21.7.10	1.0	1 von 1

Aufklärungsbogen zum i.v.-Urogramm

Pat.-Nr. _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sollen eine Darstellung der Nieren und Harnwege mit Kontrastmittel bekommen.

Die modernen Kontrastmittel, wie sie auch in unserer Praxis verabreicht werden, werden über eine Armvene injiziert und sind sehr gut verträglich. Allergische Reaktionen (von Hautquaddeln bis zum Schock) sind sehr selten, aber nicht ganz auszuschließen. Bitte teilen Sie uns unbedingt mit, wenn bereits einmal eine solche Überempfindlichkeitsreaktion bei Ihnen aufgetreten ist. Wir werden dann gemeinsam eine Lösung finden.

Röntgenkontrastmittel enthalten Jod. Bei Patienten mit einer Schilddrüsenüberfunktion dürfen solche Kontrastmittel nur unter besonderen Vorsichtsmaßnahmen gegeben werden.

Eine bereits eingeschränkte Nierenfunktion kann sich nach der Gabe von Röntgenkontrastmittel verschlechtern. Das gilt insbesondere für Diabetiker, die ein Metformin-haltiges Medikament einnehmen. Diese Medikamente müssen drei Tage vor der Untersuchung abgesetzt werden.

Bitte beantworten Sie zu Ihrer und unserer Sicherheit folgende Fragen:

	Ja	Nein
Haben Sie schon einmal Röntgen- oder CT-Kontrastmittel bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es Unverträglichkeitsreaktionen? Wenn ja: welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Allergien? Wenn ja: welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? Wenn ja: was nehmen Sie ein? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie Diabetiker? Nehmen Sie ein Metformin-haltiges Medikament ein? Wenn ja: wurde es mind. 3 Tage abgesetzt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft, oder stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit der Gabe von Röntgen-Kontrastmittel bin ich einverstanden	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Mainaschaff, den

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient