

Name des Patienten: _____ **Datum:** _____
(Bitte ausfüllen)

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

**DIE MÖGLICHKEIT ODER DAS BESTEHEN EINER SCHWANGERSCHAFT
SOLLTEN SIE BITTE AM INFOPOINT BEKANNT GEBEN !!**

Sie wurden von Ihrem Arzt zu einer Röntgenuntersuchung Bein-/Beckenvenen (Phlebographie) überwiesen.

Die sicherste Methode zum Nachweis einer Thrombose (Blutgerinnsel) der tiefen Beinvenen ist die Phlebographie. Sie ist damit eine wichtige Voraussetzung für gezielte Behandlungsmaßnahmen (z.B. Varizen-Operation).

Bei der Phlebographie wird Ihnen Kontrastmittel-Flüssigkeit in eine Fußrückenvene injiziert, um die Anatomie der Venen und eventuell vorhandene krankhafte Veränderungen darstellen zu können.

Untersuchungsablauf:

Zu Beginn der Untersuchung wird eine Staubbinde im Knöchelbereich angelegt. Nach dem Spritzen des Kontrastmittels kommt es zuerst zur Füllung der tiefen Beinleitvenen, nach Entfernen der Staubbinde füllen sich auch oberflächliche Venen und eventuell vorhandene Varizen.

Es werden dann Röntgenaufnahmen des Venensystems von Unterschenkel, Knie, Oberschenkel und Becken angefertigt.

Komplikationen:

Als bekannte Reaktion auf Kontrastmittel kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund auftreten. Nach Verabreichung des Kontrastmittels können unter Umständen 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 Fuß kommen, was zu einer schmerzhaften Schwellung führen kann. Dadurch kann es zu Veränderungen der Haut und der Weichteile kommen, z.B. Bluterguss, Infektion, Nerven- oder Venenreizung. In sehr seltenen Fällen kann es bei einem lokalen Kontrastmittelaustritt zu einem Abszess oder einer Nekrose (Absterben von Gewebe) kommen. Derartige Veränderungen brauchen eine Behandlung.

Wissenschaftliche Untersuchungen¹ zeigen, dass ca. 97% der Patienten keine Nebenwirkungen nach Kontrastmittel-Verabreichung haben. 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.

Wir können Ihnen gleichzeitig versichern, dass schwere Komplikationen sehr selten auftreten und damit das Risiko der Untersuchung sehr gering ist im Vergleich zum Nutzen. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

1 KATAYAMA-Studie, Bericht über die Sicherheit von Kontrastmitteln an Hand von 300.000 Fällen (Radiology 1990, 175, S. 261 – 628)

Um ein mögliches höheres Risiko von Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, folgende angeführte Fragen zu beantworten:

Hatten Sie schon eine der folgenden Untersuchungen?	Ja	Nein
Nierenröntgen (IVU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computertomographie (CT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venendarstellung der Beine (Phlebographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßröntgen (Angiographie/Cardangiographie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie nach Kontrastmittelverabreichungen Unverträglichkeitserscheinungen festgestellt?	Ja	Nein
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthmaanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle, Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüttelfrost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?	Ja	Nein
Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien, die einer Behandlung bedürfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Niere / Nebenniere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Schilddrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie im Bezug auf oben angeführte Erkrankungen:

.....

M. Kahler (Knochenmarkserkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Für Frauen:

Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie gerade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körpergewicht kg

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen und verstanden habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

*Unterschrift des/der Patienten/In
bzw. des gesetzlichen Vertreters*

Name und Unterschrift des Arztes

Datum/Uhrzeit

Name und Unterschrift der MTF/RTA

Danke für Ihre Mitarbeit!

Ihr DZU Team

PHL