

Einwilligung zur intravenösen Gabe eines Kontrastmittels

Patient: _____

geb. am: _____

Sehr geehrte liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Bitte beachten Sie den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“.

Bei Ihnen ist die i.v. Gabe eines jodhaltigen Kontrastmittels im Rahmen einer Röntgenuntersuchung (evtl. auch CT) geplant. Die Gabe von Kontrastmittel war früher in mehr als einem von 100 Fällen von Unverträglichkeitsreaktionen begleitet. Dies ist bei den modernen Kontrastmitteln sehr selten geworden. Dennoch treten mit einer Häufigkeit von mehr als 1 Zwischenfall auf 4.000 Untersuchungen Unverträglichkeitsreaktionen auf. Dazu sollten Sie jedoch bedenken, dass jede Substanz, die man zum ersten Mal zu sich nimmt oder mit der der Körper in Berührung kommt - dazu gehören auch Kosmetika, bis dahin unbekannte Gewürze oder Nahrungsmittel - bereits bei dem ersten Kontakt zu einer allergischen Reaktion führen kann, die in ganz extrem seltenen Fällen auch zu einer notfallmedizinischen Behandlung Anlass gibt; Röntgen-Kontrastmittel bilden hier keine Ausnahme. Da Jod eine in der freien Natur und in Nahrungsmitteln (Fisch) natürlich vorkommende Substanz ist, ist es für Sie sicher leicht nachvollziehbar, dass es sich bei diesen Allergien nicht um eine Jodallergie handelt. Die Unverträglichkeit entsteht in der Regel gegen die Trägersubstanzen an die das Jod fest gebunden ist, so dass es nur noch in sehr geringem Maße im Körper freigesetzt wird.

Eine natürliche Reaktion auf die Gabe von Kontrastmittel ist ein Wärmegefühl, manche Patienten berichten auch über einen metallischen Geschmack; dies sind keine Unverträglichkeitsreaktionen sondern natürliche Reaktionen des Körpers. Unverträglichkeitsreaktionen wären: Nesselsucht (mückenstichartige, juckende Hautschwellungen), Schwellungen der Schleimhäute im Nasen-/Rachenraum bis hin zu Luftnot. Sehr selten kann es zu einem Kreislaufschock kommen.

Ich selbst habe in meiner Praxis bei vielen tausend Patienten in den letzten fünf Jahren keinen einzigen Kreislaufschock bei Patienten erleben müssen. Patienten die zu Allergien neigen, sollten vor KM-Gabe so behandelt werden, als würde eine allergische Reaktion zu erwarten sein. Dazu werden Histaminrezeptorenblocker vom H1- und H2-Typ intravenös kurz vor der Untersuchung verabreicht. Durch die Gabe der Antiallergika ist bedingt, dass nach der Untersuchung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr (führen eines Fahrzeuges) untersagt ist. Sie sollten Ihren Nachhauseweg ggf. entsprechend planen und sich abholen lassen.

Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen:

- | | Zutreffendes bitte ankreuzen | |
|--|------------------------------|----------------------------|
| • besteht eine Schilddrüsenüberfunktion | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| • haben Sie Allergien (z.B. Heuschnupfen) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| • besteht eine Nierenfunktionsstörung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| • Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| • haben Sie früher schon einmal die Gabe von Röntgen-KM nicht vertragen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| • ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit (Tuberkulose, Hepatitis, AIDS) bekannt?) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Größe: _____ Gewicht: _____ Hausarzt: _____

Sollen Sie noch Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Meine Fragen wurden beantwortet. Eine Aufklärung über weitere Einzelheiten erfolgte, soweit ich es mir wünschte. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann. Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Maßnahme, Methode sowie Änderungen einverstanden.

Über das erforderliche Verhalten vor und nach dem Eingriff wurde ich mündlich belehrt, insbesondere darüber dass:

.....

Wiesbaden, den _____:

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt

Ich habe meine Bilder und eine Kopie meines Fragebogens erhalten _____

Unterschrift Patient

wird vom Praxis ausgefüllt: Harnstoff: Crea: TSH:
