



# Agnes-Karll-Krankenhaus Laatzen der **REGION**HANNOVER

Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

Agnes-Karll-Krankenhaus, Postfach 11 01 45, 30856 Laatzen  
Radiologische Klinik, Chefarzt Dr. med. Asbrand, Tel: 0511-8208-2432; Fax: 0511-8208-2826

Ihr Zeichen                      Ihr Schreiben vom                      Mein Zeichen                      Durchwahl (0511) 82 08-                      Laatzen,

## Kontrastmittelanwendung Informations- und Merkblatt für Patienten

Zu einer möglichst genauen Diagnostik müsste Ihnen bzw. Ihrer Tochter/ Ihrem Sohn

zur .....-Untersuchung

Eventuell ein jodhaltigen, in der Regel gut verträgliches Kontrastmittel in die Blutbahn injiziert werden. Normalerweise merkt die Patientin / der Patient von der Injektion des Kontrastmittels überhaupt nichts, manchmal tritt ein leichtes Wärmegefühl ein. Viele Arzneimittel können jedoch Nebenwirkungen haben, so auch Kontrastmittel in der Röntgendiagnostik. Gelegentlich treten bei diesen Kontrastmitteln allergische Reaktionen auf, die zu Nies-, Juckreiz oder Nesselfieber führen. Selten sind asthmatische Beschwerden, Kreislaufsymptome, Übelkeit und Brechreiz. Nur in äusserst seltenen Fällen gibt es lebensbedrohliche Reaktionen (1x bei 50.000 bis 400.000 Untersuchungen)

Bitte sagen Sie uns, wenn Sie Allergikerin oder Allergiker sind, wenn Ihnen eine Kontrastmittel- oder Jodempfindlichkeit bekannt ist und auch wenn Sie eine Schilddrüsenüberfunktion oder eine Nierenfunktionsstörung haben.

Wenn Sie Diabetiker sind und Tabletten einnehmen, dann teilen Sie uns bitte mit, um welche es sich handelt. Unter Umstände darf dann kein Kontrastmittel injiziert werden.

Wir bitten Sie, uns mit Ihrer Unterschrift zu bescheinigen, dass Sie dieses Merkblatt gelesen und verstanden haben und dass Sie mit einer eventuell nötigen Kontrastmittelgabe einverstanden sind. (Für Betreute Personen muss der Betreuer, für Personen unter 18 Jahren muss die/der Erziehungsberechtigte unterschreiben und sein Einverständnis geben).

Frauen im gebärfähigen Alter:

1. Tag der letzten Periode (bitte ankreuzen)

Pille: ja                      nein

Eine Schwangerschaft ist derzeit ( bitte unterstreichen)

ausgeschlossen      nicht ausgeschlossen

Unterschrift Patient/-in ,ggf. Erziehungsberechtigter, ggf. Betreuer      Unterschrift Arzt/Ärztin