

PATIENTENINFORMATION

Untersuchung mit intravenöser Kontrastmittelgabe

Radiologie Abteilung
Spital Nidwalden AG
Ennetmooserstrasse 19
CH-6370 Stans
T +41 (0)41 618 17 61
radiologie@spital-nidwalden.ch
www.spital-nidwalden.ch

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Ihr Arzt hat Röntgenaufnahmen oder eine Computertomographie angeordnet. Vor oder während den Aufnahmen verabreichen wir ein röntgendichtes Kontrastmittel in eine Vene, um die Untersuchung durchführen zu können. Bei Untersuchungen des Bauches kann ein Einlauf mit Kontrastmittel notwendig sein.

Kontrastmittel helfen, krankhafte Prozesse von normalem Gewebe zu unterscheiden und ermöglichen die Funktionen gewisser Organe zu beurteilen. Die Kontrastmittel sind in der Regel sehr gut verträglich, sie können aber ein Wärmegefühl verursachen. In ganz wenigen Fällen kann eine allergische Reaktion auftreten. Dies tritt meistens schon während der ersten halben Stunde nach der Verabreichung ein. Schwere behandlungsdürftige Reaktionen sind äusserst selten. Sollten Sie nach dem Verlassen des Instituts eine ungewöhnliche Hautreaktion oder Kreislauf / Atemstörungen verspüren, melden Sie sich bitte bei Ihrem Hausarzt oder im Spital.

Sie werden nach dem Untersuch 30 Minuten bei uns bleiben. Es ist eine Empfehlung und zu Ihrem Wohl werden wir uns daranhalten. Nach der Untersuchung sollten Sie möglichst viel trinken, damit Ihr Körper das Kontrastmittel schnell über die Nieren ausscheiden kann.

Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten? Bitte kreuzen Sie dies an, denn möglicherweise dürfen Sie kein Kontrastmittel erhalten oder Sie benötigen vorgängig ein Medikament zu Ihrem Schutz.

Um mögliche Risiken auszuschließen, beantworten Sie bitte zur Sicherheit folgende Fragen:

	Ja	Nein
1. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?	☐	☐
2. Hatten Sie schon einmal eine Nebenwirkung bei einer vorherigen CT-Untersuchung mit intravenöser Kontrastmittelgabe?	☐	☐
3. Schwere Nierenkrankheiten?	☐	☐
4. Besteht eine Schilddrüsenerkrankung? Wenn ja, welches Medikament? _____	☐	☐
5. Bei Frauen: Könnten Sie schwanger sein?	☐	☐
6. Raucher? Wenn ja, wie viele Jahre? _____	☐	☐

☐ Ich habe alle Informationen verstanden und bin mit der CT-Untersuchung mit intravenöser Kontrastmittelgabe einverstanden.

Haben Sie Fragen, welche diese Untersuchungen betreffen? Die Fachperson für medizinisch-technische Radiologie beantwortet Ihnen diese Fragen gerne vor der Untersuchung.

Grösse: _____ Gewicht: _____

Datum

Unterschrift Patientin / Patient
(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Visum MTRA