MVZ MÜLHEIM
Radiologie

UROGRAMM mit Kontrastmittel

Name:_____Vorname:_____Geb.Datum:_____

Das Urogramm ist eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel zur Darstellung der Nieren, der Harnwege und der Blase und dauert ungefähr 30-40 min.

Als erstes wird eine Röntgenaufnahme in Rückenlage vom Bauch angefertigt – eine sogenannte Leeraufnahme. Anschließend verabreichen wir Ihnen über eine Infusion das Kontrastmittel in eine Armvene.
Nach 10 Min. und nach 20min werden erneute Übersichtsaufnahmen angefertigt.

Die Aufnahmen werden vom Arzt begutachtet. Dieser entscheidet, ob noch weitere Aufnahmen notwendig sind. Unmittelbar nach der Untersuchung erfolgt die Auswertung der Bilder und im Regelfall ein Gespräch mit dem Arzt.

Ist mit Komplikationen zu rechnen?

Kein medizinischer Eingriff ist völlig frei von Risiken!!

Das verabreichte Kontrastmittel wird normalerweise sehr gut vertragen. Dennoch können sie in Einzelfällen während oder kurz nach der Untersuchung zu Komplikationen führen.

Extrem selten kann es zu Haut-, Weichteil- und Nervenschädigungen bei der Einspritzung kommen (die operativ behandelt werden müssen) und u.U. langandauernde oder dauerhafte Beschwerden zur Folge haben können.

Auch eine leichte allergische Reaktion auf dieses Kontrastmittel ist möglich. Sie äußert sich beispielsweise mit Übelkeit, Brechreiz, Juckreiz und / oder Hautausschlag und muss dann entsprechend mit Medikamenten, die wir vorhalten, behandelt werden.

Solch eine Allergie kann auch verzögert auftreten, so dass Sie sich nicht mehr in unserer Praxis befinden, dann sollten Sie sich umgehend wieder vorstellen, oder aber das nächste Krankenhaus aufsuchen.

Sehr selten sind schwere allergische Reaktionen mit Schleimhautschwellungen im Kehlkopf, Atemstörungen und Krämpfen. Diese erfordern eine sofortige intensiv-medizinische Betreuung, da sie lebensbedrohlich sein können und zu dauerhaften Schäden (Organversagen, Hirnschädigung) führen können. Sollten bei Ihnen Allergien bekannt sein, teilen Sie uns dies daher umgehend mit.

Bei bestimmten Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Nierenerkrankungen) ist die Indikation der Untersuchung genau zu überprüfen, weshalb wir vor der Untersuchung mit Ihnen hierüber sprechen.
Sollte eine Nierenfunktionsstörung oder eine Schilddrüsenüberfunktion bei Ihnen bekannt sein, teilen Sie uns dies bitte unbedingt mit, da die Gabe von Kontrastmittel eine Verschlechterung der Nierenfunktion (bis hin zur Dialyse) hervorrufen kann. Bei einer Schilddrüsenüberfunktion kann diese sich ebenfalls verschlechtern, bis hin zu einem lebensbedrohlichen Zustand mit Todesfolge.

Nach der Untersuchung:
Falls nicht anders verordnet, sollten Sie nach der Untersuchung mit Kontrastmittel viel trinken, um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu beschleunigen.
Falls in den folgenden Tagen Symptome (Juckreiz, Niesreiz, Übelkeit, Durchfall o.a.) auftreten informieren Sie bitte Ihren Arzt.

Bitte wenden

Bevor wir nun bei Ihnen eine Untersuchung mit Kontrastmittel durchführen können, ist es notwendig, dass Sie uns einige Fragen mit **JA** oder **NEIN** beantworten.

1.: Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt (z.B. Erhöhung des Kreatininwertes)?	Nein		Ja	
2.: Ist bei Ihnen eine Jod- oder Kontrastmittelallergie bekannt?	Nein		Ja	
3.: Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?	Nein		Ja	
4.: Ist bei Ihnen ein Plasmozytom/multiples Myelom bekannt?	Nein		Ja	
5.: Ist bei Ihnen ein Diabetes bekannt?	Nein		Ja	
7.: Sind Sie starker Allergiker oder starker Asthmatiker?	Nein		Ja	
8.: Haben Sie ansteckende Krankheiten (Hepatitis?, HIV?)?	Nein		Ja	
9.: Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt?	Nein		Ja	
10.: Darf der Befund an den überweisenden Arzt, oder an andere anfordernde Kollegen versandt werden?	Nein		Ja	
11.: Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.	Nein		Ja	
12.: Möchten Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens haben?	Nein		Ja	
13.: Im Falle einer Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus/in einer anderen Praxis, bin ich mit der Übermittlung von notwendigem Bildmaterial und Befunden dorthin einverstanden.	**Nein**		**Ja**	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Antworten und dass ich das Informationsblatt gelesen, verstanden und keine weiteren Fragen habe.
Hiermit willige ich in die Untersuchung ein.

_____ X_____ _____

Datum: Unterschrift Patient Unterschrift Arzt