

**AUFKLÄRUNGSBLATT für die  
KONTRASTUNTERSUCHUNG der NIEREN und  
ABLEITENDEN HARNWEGE (AUSSCHIEDUNGSUROGRAMM oder IVU )**

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**

Sie wurden für eine Röntgenuntersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege zugewiesen. Dafür ist eine Kontrastmittelgabe notwendig.

**Wie läuft die Untersuchung ab ?**

Zunächst wird eine Röntgenaufnahme der Nieren ohne Kontrastmittel angefertigt um festzustellen, ob die Untersuchung durchgeführt werden kann und um eventuell vorhandene Steine zu erkennen. In eine Armvene wird dann ein Kontrastmittel gespritzt, das über den Blutstrom zunächst in die Nieren gelangt und danach über die Harnwege ausgeschieden wird. Um diese beurteilen zu können, werden mehrere Röntgenaufnahmen in Abständen von etwa 5 bis 10 Minuten angefertigt. Im Gegensatz zu üblichen Röntgenuntersuchungen kann bei der vom behandelnden Arzt vorgesehenen Ausscheidungsurographie nicht nur das Aussehen der untersuchten Organe, sondern auch die Funktion (Ausscheidung) überprüft werden. Dies unterscheidet die Untersuchung auch von anderen Untersuchungsmethoden, wie z.B. Ultraschall. Die Untersuchung dauert üblicherweise etwa 30 Minuten, kann aber in seltenen Fällen auch mehrere Stunden dauern. Je nach Befund können auch zusätzliche Aufnahmen oder Spezialaufnahmen (Schichtaufnahmen, im Stehen oder in Bauchlage oder nach dem Urinieren) notwendig werden, eventuell auch sogenannte Spätaufnahmen, die bis zu 24 Stunden später angefertigt werden.

**Gibt es Komplikationen?**

An der Einstichstelle kann es zu einem Bluterguß und sehr selten zu einer Infektion kommen. Nach Verabreichung des Kontrastmittels können unter Umständen Unverträglichkeitsreaktionen auftreten, die entweder durch das in der Substanz enthaltene Trägermaterial oder Jod ausgelöst werden. Eine normale Reaktion auf Kontrastmittel kann Wärmegefühl während der Injektion oder auch ein bitterer Geschmack im Mund sein. Selten kommt es zu einem leichten Absinken des Blutdrucks und dadurch zu geringen Beschwerden. Auftreten von Übelkeit oder Schmerz. In sehr seltenen Fällen wurden schwere Nebenwirkungen wie Atemnot, plötzlicher Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen oder Krämpfe beobachtet.

Selten kann es während der Kontrastmittelinfusion in die Vene zum Kontrastmittelaustritt an der Injektionsstelle in den Arm kommen. Dies führt zu einer schmerzhaften Schwellung, die manchmal auch über Tage anhalten und eine Behandlung notwendig machen kann. Falls sie während der Kontrastmittelinfusion Schmerzen und eine Schwellung des Armes verspüren, verständigen Sie bitte sofort, während der Untersuchung, Ihren Arzt.

Wissenschaftliche Untersuchungen 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 sie gleichzeitig beruhigen, daß schwere Komplikationen sehr selten auftreten und damit das Risiko der Untersuchung sehr klein ist im Vergleich zum erzielten Nutzen. Sollten Nebenwirkungen auftreten, steht ärztliche Hilfe sofort zur Verfügung.

Um möglicherweise ein bei Ihnen bestehendes höheres Risiko von Kontrastmittel-Reaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, die auf der Rückseite angeführte Fragen durch Ankreuzen zu beantworten.

**1. Haben Sie eine der folgenden Untersuchungen schon einmal gehabt ?**
**Anmerkung**

- |   |                               |                             |       |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| ■ Nierenröntgen (IVU)                           | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Computertomographie (CT)                      | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Venendarstellung der Beine (Phlebographie)    | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Gefäßröntgen (Aniographie / Cardangiographie) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |

**2. Haben Sie nach Kontrastmittelverabreichungen Unverträglichkeitserscheinungen festgestellt?**

 Nein  Ja 

Wenn ja, welche?

- |  |                               |                             |       |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| ■ Übelkeit / Erbrechen / Atemnot / Würgegefühl | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Asthmaanfall                                 | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Hautausschlag                                | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Krampfanfälle, Bewußtlosigkeit               | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Schüttelfrost                                | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Schmerzen                                    | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |

**3. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt...**

- |  |                               |                             |       |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| ■ Asthma ?                                       | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Allergien, die einer Behandlung bedürfen ?     | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ der Niere / Nebenniere ?                       | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ der Schilddrüse ?                              | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Zuckerkrankheit                                | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |
| ■ Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ? ..... |                               |                             | ..... |
| .....  |                               |                             | ..... |
| ■ M. Kahler (multiples Myelom) ?                 | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | ..... |

**4. Könnten Sie schwanger sein ?**

 Nein  Ja 

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine weiteren Fragen ausreichend beantwortet worden.

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift der/des Patientin/en  
 bzw. des gesetzlichen Vertreters

 \_\_\_\_\_  
 Name und Unterschrift des/des Arztes/in

 \_\_\_\_\_  
 Datum / Uhrzeit

 \_\_\_\_\_  
 Name und Unterschrift des /der MTD

**Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem/der Assistenten/in zu übergeben**

<b>Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:</b> .....  	<b>Name des/der Patienten/in :</b>  
Der Patient stimmt der Untersuchung zu      Nein      Ja	
Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die sich ergebenden möglichen Nachteile informiert .....	