

**AUFKLÄRUNGSBLATT für die BEIN- und BECKEN-PHLEBOGRAPHIE  
(intravenöse Röntgen-Kontrastmittelgabe eines jodhaltigen,  
nichtionischen, nierengängigen Kontrastmittels)**

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

Sie sind für eine Röntgenuntersuchung Bein-/Becken-Phlebographie vorgesehen, bei der die Verabreichung eines Kontrastmittels notwendig ist. Dabei wird Ihnen die Kontrastmittel-Flüssigkeit in eine Fußrückenvene injiziert, um die Anatomie der Venen und eventuell vorhandene krankhafte Veränderungen darstellen zu können.

**Warum und wie wird die Untersuchung durchgeführt?**

Die sicherste Methode zum Nachweis einer Thrombose (Blutgerinnsel) der tiefen Beinvenen ist die Phlebographie. Sie zeigt auch Art und Ausmaß von Krampfadern und ist damit eine wichtige Voraussetzung für gezielte Behandlungsmaßnahmen (z.B.: Varizen-Operation).

Zu Beginn der Untersuchung wird eine Staubbinde im Knöchelbereich angelegt. Nach dem Spritzen des Kontrastmittels kommt es zuerst zur Füllung der tiefen Beinleitvenen, nach Entfernen der Staubbinde füllen sich auch oberflächliche Venen und eventuell vorhandene Varizen.

Es werden dann Röntgenaufnahmen des Venensystems von Unterschenkel, Knie und Oberschenkel und Becken angefertigt. Andere Untersuchungsmethoden zur Abklärung von tiefen Thrombosen oder Krampfadern können die Farbdoppler-Ultraschall und die Magnetresonanztomographie sein. Ihr Einsatz ist von der klinischen Fragestellung abhängig. Vorteil der Phlebographie ist der derzeit zuverlässigste Nachweis auch kleiner Thrombosen am Unterschenkel.

An der Einstichstelle kann es - wie bei jeder Injektion - zu einem Spannungsgefühl und zu geringgradigen Schmerzen kommen. Diese Beschwerden sind harmlos und klingen nach kurzer Zeit wieder ab.

**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>	Name des/der Patienten/in :
.....	
.....	
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 .....	