

Name _____

Pat-Nr. _____

Spritze: _____

Aufklärungsbogen PRT im CT

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der bei Ihnen geplanten Schmerztherapie werden verschiedene Medikamente in nur geringer Dosierung injiziert: jodhaltige Kontrastmittel, Lokalanästhetika (zur örtlichen Betäubung) sowie Cortison.

Diese Medikamente werden im Allgemeinen gut vertragen, bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Hautausschlag u. ä. Reaktionen kommen, die von selbst wieder abklingen.

Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufes treten in Einzelfällen auf:

Blutung, Nierenschädigung, Entzündungen bis hin zur lebensbedrohlichen Abszessbildung oder Meningitis sowie Querschnittslähmungen. Äußerst selten kommt es nach der Punktion zu einer Leckage von Hirnwasser mit Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindel. Diese Beschwerden bilden sich in der Regel innerhalb weniger Tage spontan zurück.

Deshalb sollten Sie sich nach der Untersuchung zur Überwachung noch 30 Minuten bei uns aufhalten!

Da vorübergehend Taubheitsgefühl und Kraftlosigkeit im Bein auftreten können, **dürfen Sie nicht selbstständig ein Fahrzeug führen.**

Um das Untersuchungsrisiko möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten und falls Sie eine Frage mit **Ja** beantwortet haben, **Zutreffendes zu unterstreichen:**

1. Ist bei Ihnen eine **Allergie** (z. B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel oder Medikamente – insbesondere JOD –)bekannt? ja nein
2. Ist bei Ihnen eine **Schilddrüsenüberfunktion** bekannt und wurden Sie deswegen behandelt? ja nein
3. Leiden Sie an einer der folgenden **Krankheiten**: Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Osteoporose, Magengeschwüre, Nierenfunktionsstörungen? ja nein
4. Nehmen Sie Metformin oder ähnliche Tabletten gegen **Diabetes** ein? ja nein
5. Sind bei Ihnen schon Röntgenuntersuchungen mit **Kontrastmittelinjektion** durchgeführt worden (z. B. Nieren- oder Gallenuntersuchung, Computertomographie, Gefäßdarstellung, Herzkatheter?) ja nein
6. Haben Sie jemals eine **Kontrastmittelinjektion** schlecht vertragen? ja nein
7. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung oder nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen (z. B. Marcumar, ASS, Aspirin)? ja nein
8. Leiden Sie an **Infektionskrankheiten** die durch Blut übertragen werden können (Hepatitis, Aids, HIV)? ja nein
9. Leiden Sie derzeit an einem **sonstigen Infekt** (z. B. Gürtelrose) und nehmen ggf. deswegen **Antibiotika** ein? ja nein
10. Ist eine **Schwangerschaft** derzeit möglich? ja nein

Bitte unterschreiben Sie, wenn Sie sich **hinreichend aufgeklärt** fühlen und der Gabe der oben genannten Medikamente zustimmen.

Hannover, den _____

(Unterschrift des Patienten)

Hannover, den _____

(Unterschrift d. behandelnden Arztes)