



Aufklärungsbogen für Angiografie und Intervention

Name: _____ geb.: _____

Vorname: _____

Standort

St. Elisabeth-KH Volkmarsen
Warburger Str. 6, 05693266
Marien-KH Kassel,
Marburger Str. 85

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Die geplante Angiografie (Kontrastdarstellung der Gefäße) soll klären, ob bei Ihnen eine Gefäßerkrankung vorliegt.

Untersuchungsablauf

Nach einer örtlichen Betäubung wird eine Schlagader (bei ambulanten Untersuchungen meist am Arm und bei Behandlungen meist in der Leiste) punktiert und durch eine Hohnadel ein feiner Führungsdraht in das Blutgefäß (Arterie) eingeführt. Über einen dünnen Plastikschlauch (Katheter) wird anschließend Kontrastmittel eingespritzt, wobei Sie ein Wärmegefühl empfinden können. Die dabei angefertigten Röntgenbilder zeigen die Blutgefäße.

In einigen Fällen können die Gefäßeinengungen mit einem Ballonkatheter erweitert und dadurch die Durchblutung verbessert werden. Da bei der Behandlung ein höheres Komplikationsrisiko besteht, ist in den meisten Fällen eine stationäre Überwachung für zwei Tage erforderlich.

Anschließend wird der Katheter herausgezogen und die Einstichstelle zur Blutstillung abgedrückt. Danach legen wir einen Druckverband an.

Nach der Untersuchung

Die Nachbehandlung ist abhängig vom Punktionsort und der durchgeführten Maßnahme.

Nach der Punktion einer **Armarterie** ist keine Bettruhe erforderlich. Da ein geringes Nachblutungsrisiko besteht, wird ein Druckverband angelegt, den Sie am nächsten Morgen selbst entfernen können, bis dahin sollen Sie den Arm schonen. Zusätzlich ist eine Überwachung für etwa 2-4 Stunden erforderlich.

Nach der Punktion einer **Leistenarterie** ist, abhängig vom Durchmesser der verwendeten Katheter, eine Bettruhe von 4-24 Stunden erforderlich. In dieser Zeit dürfen Sie nicht aufstehen und sollten das Bein nicht in der Hüfte beugen. Der Druckverband kann am nächsten Morgen entfernt werden. Wenn die Untersuchung ambulant durchgeführt wird und Sie anschließend nach Hause gebracht werden, muss eine Begleitperson vorhanden sein, die

Sie bis zum nächsten Tag betreut. Während der nächsten 48 Stunden sollten Sie zur Vermeidung einer Nachblutung anstrengende körperliche Tätigkeiten vermeiden.

Das Kontrastmittel wird normalerweise vollständig über die Nieren ausgeschieden. Wegen einer möglichen Verschlechterung der Nierenfunktion durch das injizierte Kontrastmittel sollten Sie, wenn keine anderen ärztlichen Anweisungen vorliegen, nach der Untersuchung etwa 1-2 Liter Flüssigkeit trinken.

Risiken der Untersuchung

Da bei dieser Untersuchung eine Schlagader punktiert wird, besteht ein geringes Komplikationsrisiko. Meist handelt es sich dabei um kleinere Nachblutungen an der Einstichstelle; selten sind Gefäßverletzungen oder ein Gefäßverschluss durch den Katheter. Ggf. müsste dann eine Operation durchgeführt werden.

Sehr selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Kontrastmittel oder andere Medikamente (z.B. Betäubungsmittel) auf, die sich als Juckreiz, Hautausschlag, Übelkeit oder ähnliche leichtere Reaktionen äußern.

Schwerwiegende Nebenerscheinungen (z.B. Atemstörungen oder Herz- Kreislaufstörungen) sowie bleibende Schäden durch mangelnde Organdurchblutung (z.B. Nierenversagen, Nervenlähmung, Schlaganfall) oder Infektionen sind extrem selten.

Um die Risiken der Untersuchung zu minimieren, bitten wir Sie folgende Blutwerte (nicht älter als 6 Monate) zur Untersuchung mitzubringen (**S-Kreatinin, Quick, PTT und evtl. TSH basal**).

Handschriftliche Ergänzungen:

Angaben zu bestehenden RisikenSind bei Ihnen Allergien bekannt? **Ja** **Nein**

Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel

Reaktionen auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)? **Ja** **Nein** Nehmen Sie Medikamente zur Gerinnungshemmung ein? **Ja** **Nein** **Marcumar**: muss etwa 1 Woche vorher abgesetzt werden, Quickwert > 60% bzw. INR < 1,5 **Pradaxa** (Dabigatran), **Xarelto** (Rivaroxaban), **Eliquis** (Apixaban): 1 Tag vorher absetzen **Clopidogrel**, Prasugrel, Cilostazol: nach Möglichkeit 4 Tage vor der Untersuchung absetzen **ASS**: kann weiter eingenommen werdenWurden Gefäßoperationen oder Dilatationen durchgeführt? **Ja** **Nein** Wurden die Gefäße früher schon einmal untersucht **Ja** **Nein** **Wichtig!** Bringen Sie bitte unbedingt die **Voraufnahmen** mit zur Untersuchung.Besteht eine Schwangerschaft (nur für Frauen im gebärfähigen Alter)? **Ja** **Nein** **Liegt bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten vor:**Überfunktion der Schilddrüse (Hyperthyreose) **Ja** **Nein** Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV, ...) **Ja** **Nein** Erhöhte Blutungsneigung (z.B. durch Medikamente oder Gerinnungsstörung) **Ja** **Nein** Bluthochdruck **Ja** **Nein** Herzerkrankung **Ja** **Nein** Nierenerkrankung (insb. Erhöhung Kreatininwert) **Ja** **Nein** Zuckerkrankheit **Ja** **Nein** (Falls Sie bei der Untersuchung Kontrastmittel erhalten, müssen Blutzuckertabletten mit dem Wirkstoff **Metformin** nach der Untersuchung am Untersuchungstag und 2 weitere Tage abgesetzt werden z.B. Diabesin, Glucophage, Mediabet, Meglucon, Mescorit, Met, Metform, Metformin, Siofor, Thiabet)**Datenschutzerklärung**

Ich willige ein, dass die Radiologische Praxis am Kulturbahnhof in Kassel zum Zwecke meiner Weiterbehandlung die erstellten Untersuchungsbefunde an die weiterbehandelnden Ärzte weiterleiten darf. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. **Ja** **Nein**

Einwilligungserklärung

Über Notwendigkeit, Art, Zweck und Hergang des Eingriffes wurde ich in einem Gespräch in einer mir verständlichen Form informiert. Mir ist bekannt, dass unter Umständen das Ziel der Behandlung nicht erreicht oder sogar Komplikationen auftreten können. Alle mir bekannten Leiden, besonderen Reaktionsweisen (Allergien) und Medikamenteneinnahmen habe ich genannt.

Ich habe keine weiteren Fragen und gebe hiermit meine Einwilligung zu dem Eingriff.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer

Arzt

Aufklärungsunterlagen

Ich wurde darüber informiert, dass ich nach § 630e (2) Satz 2 BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe.

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens **Ja** **Nein**

Im Falle von „Ja“ bestätige ich eine Kopie erhalten zu haben.

Ort / Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer

Arzt