



Aufklärungsbogen für Phlebographie

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Die bisherigen Untersuchungen weisen daraufhin, dass bei Ihnen eine Erkrankung der Venen (z.B. Thrombose, Krampfadern) vorliegen könnte. Ihr behandelnder Arzt hat Sie zur Durchführung einer Phlebographie (Röntgendarstellung der Venen) überwiesen.

Untersuchungsablauf

Nach Anlage einer Staubinde oberhalb des Knöchels wird in eine oberflächliche Vene am Fußrücken Kontrastmittel eingespritzt. Die dann angefertigten Röntgenbilder zeigen die Veränderungen der Blutgefäße wie frische oder ältere Thrombosen oder Krampfadern.

Gelegentlich wird das Kontrastmittel auch direkt in eine Krampfadern injiziert um den Ursprung bzw. Abfluss der Vene besser darstellen zu können (Varikographie).

Nach der Untersuchung

Zur Vorbeugung einer Thrombose sollten Sie nach der Untersuchung etwa eine halbe Stunde umhergehen oder Fußbewegungen ausführen.

Das Kontrastmittel wird vollständig über die Nieren ausgeschieden. Wegen einer möglichen Verschlechterung der Nierenfunktion durch das injizierte Kontrastmittel sollten Sie nach der Untersuchung viel trinken, falls nicht anders angeordnet.

Risiken der Untersuchung

Die Phlebographie ist eine Routineuntersuchung mit einem sehr geringen Komplikationsrisiko. Bei der Kontrastmittelinjektion kann es zu einem Wärmegefühl und gelegentlich zu leichten Schmerzen kommen. Diese Beschwerden sind harmlos und klingen nach der Injektion wieder ab.

Trotz sorgfältiger Punktion kann Kontrastmittel in das Gewebe entweichen oder ein Bluterguss entstehen. Dadurch können einige Tage anhaltende Schmerzen auftreten, die in aller Regel keiner weiteren Behandlung bedürfen.

Sehr selten sind Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Kontrastmittel, die sich als Juckreiz, Hautausschlag, Übelkeit oder ähnliche leichtere Reaktionen äußern.

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

Bei der Röntgenuntersuchung wird der Körper einer geringen Strahlendosis ausgesetzt. Im Falle einer Schwangerschaft besteht das Risiko einer Schädigung des ungeborenen Kindes und es sollten nach Möglichkeit andere Untersuchungsverfahren eingesetzt werden (z.B. Ultraschall oder MRT).

Handschriftliche Ergänzungen:

Angaben zu bestehenden Vorerkrankungen

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **Phlebographie** durchgeführt? **Ja** **Nein**

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt
(z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamente)? **Ja** **Nein**

Traten bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel
Reaktionen auf (z.B. Hautausschlag, Atemnot, Kreislaufversagen)? **Ja** **Nein**

Nehmen Sie Medikamente zur **Gerinnungshemmung**
ein (z.B. Marcumar, ASS)?..... **Ja** **Nein**

Wurden **Gefäßoperationen** durchgeführt? **Ja** **Nein**

Könnte eine **Schwangerschaft** bestehen?
(nur für Frauen im gebärfähigen Alter) **Ja** **Nein**

Liegt bei Ihnen eine der folgenden Krankheiten vor:

Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse **Ja** **Nein**

Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) **Ja** **Nein**

Herzerkrankung, Bluthochdruck **Ja** **Nein**

Nierenfunktionsstörung **Ja** **Nein**

Wenn ja, bitte genaue Angaben:

.....

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 einer mir verständlichen Form informiert. Mir ist bekannt, dass unter Umständen das Ziel der Untersuchung 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 der Untersuchung.

Kassel, den _____
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.

Kassel, den _____
Datum Unterschrift Patient/-in bzw. Betreuer Arzt