



Dres. med. St. Neumann, P. Baumann, C. Jürgens, S. Hamers, W. Flocken,
A. Pröschold, U. Siefker, U. Bergt, J. von Lingen, N. Wendt;
E. Schmidt, D. Krastel, J. Potthast, A. Neumann
Fachärzte für Radiologie / Nuklearmedizin

Röntgenuntersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege (i.v. Pyelogramm oder IVP)

Bei Ihnen soll eine Röntgenuntersuchung der Nieren (IVP) durchgeführt werden, für die eine Röntgenkontrastmittelgabe erforderlich ist.

Das Kontrastmittel wird in eine Vene (z.B. in der Ellenbeuge) injiziert. Es handelt sich um ein so genanntes nichtionisches jodhaltiges Kontrastmittel. Bei der Kontrastinjektion kann es zu einem Wärmegefühl und gelegentlich zu leichten Schmerzen kommen. Diese Beschwerden sind harmlos und klingen nach der Injektion wieder ab.

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 (1-2 Liter Wasser bis zum Ende des Tages).

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 sehr selten.

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

	ja	nein
• Wurde bei Ihnen schon einmal eine Nierenuntersuchung (IVP) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist bei Ihnen eine Funktionsstörung der Schilddrüse bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie Medikamente zur Gerinnungshemmung ein (z.B. Marcumar, ASS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht eine Medikamenten- oder Kontrastmittelallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht eine Nierenfunktionsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie Diabetesmedikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bestehen bei Ihnen infektiöse Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name:

Geb. Datum:

Vorname:

Tel.:

Einwilligungserklärung:

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung nach genügender Bedenkzeit ein.

Ich bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

ja nein

Ich benötige keine Kopie dieses Aufklärungsbogens

Ich wünsche die Aushändigung einer Kopie dieses Aufklärungsbogens

Datum:

Unterschrift: X

Unterschrift des aufklärenden Arztes: