

Radiologie am Schlössle

**Dr. H. Leibersperger-Dr. U. Knust-Dr. Dipl.-Phys. L. Fauser
Dr. M. Deinzer & Kollegen**

Ihr Termin: _____

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Intravenöse Urographie-Aufklärung

Die intravenöse Urographie (IVP) ist eine spezielle Röntgenkontrastuntersuchung zur Darstellung der Nieren und Harnwege.

Im Ersten Teil der Untersuchung wird eine Röntgenaufnahme ohne Kontrastmittel des Bauchraumes durchgeführt. Im Anschluss erfolgt über einen venösen Zugang eine Tropfinfusion mit jodhaltigem Kontrastmittel, um die Abflussverhältnisse darzustellen.

Eine Reaktion auf das Kontrastmittel ist eher selten. Bei einer Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Brechreiz, Hautausschlag, Juckreiz o.ä. Reaktionen kommen. Diese klingen aber in der Regel wieder rasch ab.

Um die Kontrastmittelausscheidung zu beschleunigen, sollten Sie nach der Untersuchung möglichst viel trinken (ca. 2-3 Liter Mineralwasser oder Tee).

Bitte beachten:

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin folgende Blutwerte mit:

- Kreatinin (Nierenwert)
- TSH (Schilddrüsenwert)

Diabetiker: Bei Einnahme von metforminhaltigen Medikamenten, ist es wichtig diese 2 Tage vor der Untersuchung abzusetzen.

Fragebogen (Anamnese)

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen sorgfältig, damit ein reibungsloser Ablauf gewährt ist. Zutreffendes bitte ankreuzen.

1. Besteht bei Ihnen eine Allergie (z.B. Medikamente, Kontrastmittel oder Jod)? [] ja [] nein
Wenn ja, welche? _____

2. Wurde bei Ihnen radiologische Voruntersuchungen durchgeführt? [] ja [] nein
Wenn ja, welche, wann und wo? _____

Wurde Kontrastmittel verabreicht? [] ja [] nein
Wenn ja, traten Nebenwirkungen auf? [] ja [] nein

3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?
Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion) [] ja [] nein

Bitte wenden

Nierenerkrankung (Nierensteine, Dialyse, Nierenentzündung) ja nein

Diabeteserkrankung ja nein
Wenn ja nehmen Sie metforminhaltige Medikamente? ja nein

4. Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV) ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Stillen Sie? ja nein

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und bin mit der Durchführung der intravenösen Urographie einverstanden ja nein

Ich bin mit der Gabe eines intravenösen Kontrastmittels einverstanden ja nein

Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde ggf. Bilder an meine behandelnden Ärzte/Kliniken einverstanden ja nein

Pforzheim, den _____

Unterschrift des Patienten _____

Unterschrift Arzt/Ärztin _____

Radiologie am Schlössle
Kiehnlestraße 14+15
75172 Pforzheim

Telefon: (07231) 38 66-0
Telefax: (07231) 38 66-22