

# Radiologie am Schlösle

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

**Ihr Termin:** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ **Gewicht:** \_\_\_\_\_

## Phlebographie-Aufklärung

Bei einer Phlebographie handelt es sich um eine radiologische Untersuchung mittels jodhaltigem Kontrastmittel zur Darstellung der Arm-/Beinvenen. Je nach Untersuchungsregion erfolgt eine Injektion am Hand- oder Fußrücken. Direkt nach der Injektion erfolgen nun am Durchleuchtungsgerät Röntgenaufnahmen Ihres Venensystems.

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 Liter Mineralwasser oder Tee).

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 bereits eine Phlebographie durchgeführt? [ ] ja [ ] nein  
Wenn ja, wann und wo? \_\_\_\_\_
  
3. Wurde bei Ihnen bereits eine Kontrastmitteluntersuchung durchgeführt? [ ] ja [ ] nein  
Wenn ja, traten Nebenwirkungen auf? [ ] ja [ ] nein

**Bitte wenden**

4. Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankung (Über-oder Unterfunktion)  ja  nein

Nierenerkrankung (Nierensteine, Dialyse, Nierenentzündung)  ja  nein

Diabetes mellitus (Zucker)  ja  nein

Wenn ja nehmen Sie metforminhaltige Medikamente?  ja  nein

5. Leiden Sie an ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. **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 Phlebographie 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 \_\_\_\_\_