

Informationsblatt für Patienten

Echographie mit Kontrastmittel

Sehr geehrter Patient! Sehr geehrte Patientin!

Ihr behandelnder Arzt hat Sie an uns mit der Bitte überwiesen, eine kontrastunterstützte Echographie durchzuführen. Es handelt sich dabei um eine echographische Untersuchung, welche uns eine vertiefte Beurteilung bestimmter Erkrankungen z.B. der Leber, der Milz und der Nieren ermöglicht. Wir wollen Sie hiermit über die Art der Untersuchung und mögliche Komplikationen, die dabei trotz aller ärztlichen Kunst einmal auftreten können, informieren.

Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung beginnt mit einer traditionellen Echographie des Bauchraumes. Danach spritzt Ihnen der Arzt intravenös eine Flüssigkeit (Kontrastmittel bestehend aus Schwefelhexafluorid in physiologischer Kochsalzloesung) in eine Armvene. Während der Injektion des Kontrastmittels können Sie für eine kurze Zeit von wenigen Sekunden ein Wärmegefühl oder Juckreiz lokal im Bereich der Injektionsstelle bemerken.

In den folgenden 15 Minuten werden mehrere echografische Aufnahmen der zu untersuchenden Organe angefertigt, welche uns ermöglichen, Klarheit über Ihre Krankheit zu gewinnen.

Die gesamte Untersuchung dauert in der Regel zwischen 30-60 Minuten. In seltenen Fällen ist eine zweite Injektion von Kontrastmittel notwendig, welche die Untersuchungsdauer etwas verzögert.

Wegen der Verabreichung des Kontrastmittels sollten Sie sich nach Abschluss der Untersuchung noch etwa 30 Minuten im Wartesaal unserer Abteilung oder der zuweisenden Abteilung aufhalten, bevor Sie nach Hause gehen.

Das Kontrastmittel, bestehend aus mikroskopischen Gasblasen (Schwefelhexafluorid), wird innerhalb 12-15 Minuten nach Verabreichung ausgeatmet. Sollten während oder nach der Untersuchung Störungen Ihres Wohlbefindens auftreten, informieren Sie bitte sofort den Arzt oder das Röntgenpersonal.

Mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen

Komplikationen bei einer kontrasverstärkten Echographie sind selten, können aber trotz aller ärztlichen Bemühungen nicht immer völlig ausgeschlossen werden. Höchst selten sind sie eine Bedrohung für das Leben oder erfordern eine stationäre Behandlung. Meist handelt es sich um geringe Störungen des körperlichen Wohlbefindens. So kann es während oder nach der Injektion des Kontrastmittels zu Hautausschlägen mit Juckreiz, Übelkeit und Brechreiz, sowie in außergewöhnlichen Fällen zu Herz-Kreislaufreaktionen, Nervenschäden oder zu einem anaphylaktischen Schock kommen.

Ist Ihnen eine Überempfindlichkeit gegen Kontrastmittel, Medikamente, Lebensmittel oder sonstige Stoffe bekannt, so sagen Sie es dem Arzt vor der Untersuchung damit derartige, auf diese Überempfindlichkeit zurückzuführende Komplikationen, vermieden werden können. Sollten Sie an einer Bluterkrankung (Thrombophilie oder verändertes Gerinnungsstatus), an einer Herz- Leber- Nierenerkrankung, Astma bronchiale, Angina pectoris leiden oder schwanger sein, so sagen Sie dies bitte ebenfalls dem Arzt.

Vor der geplanten Untersuchung wird ein Arzt der Röntgenabteilung nochmals mit Ihnen Ihre spezielle Situation und die damit verbundene Problematik besprechen. Damit der Arzt diese Untersuchung durchführen kann, müssen Sie ihm nach der Besprechung Ihre Zustimmung geben.

Bitte seien Sie durch diese Aufklärung über die bevorstehende Untersuchung nicht beunruhigt, wir sind heute, im Interesse der Wahrung Ihrer persönlichen Rechte gehalten, auf alle möglichen Gefahren einer Untersuchung hinzuweisen und betrachten dies als Teil des erforderlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it
Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 |
rx_tech.inn@sabes.it
Krankenhaus Schlanders | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 |
rad-schl@sabes.it
Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.sabes.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it
Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 |
rx_tech.inn@sabes.it
Ospedale Silandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 |
rad-schl@sabes.it
Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.asdaa.it
Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

Bitte unbedingt beachten!

Essen Sie am Tag vor der Untersuchung keine blähende Kost und nehmen Sie ca. 3 Stunden vor der Untersuchung nichts mehr zu sich. Medikamente, Wasser oder Tee dürfen eingenommen werden.

Machen Sie die Untersuchung **als externer Patient**, so ersuchen wir Sie pünktlich beim Annahmeschalter der Röntgenabteilung vorzusprechen.

Falls Sie den Vormerkungstermin nicht einhalten können, bitten wir Sie dies rechtzeitig mitzuteilen. Mitzubringen sind:

- Gesundheitskarte
- Die Zuweisung zur Untersuchung mit der genauen klinischen Fragestellung
- Dieses unterzeichnete Informationsblatt
- Eventuelle Röntgenbilder/Echographien einer vorangegangenen Untersuchung

Einverständniserklärung

Bitte erst nach dem Aufklärungsgespräch mit dem Arzt unterschreiben

Über die geplante Untersuchung wurde ich ausführlich und in einer für mich verständlichen Weise informiert. Dabei konnte ich alle, mir wichtig erscheinenden Fragen, z.B. über die in meinem Fall speziellen Risiken und möglichen Komplikationen, stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **ausreichend** aufgeklärt, und **willige** hiermit nach **ausreichender Bedenkzeit** in die geplante Untersuchung ein.

**ICH ERTEILE MEINE EINWILLIGUNG
ZUR VORGESCHLAGENEN BEHANDLUNG/
UNTERSUCHUNG**

ICH VERWEIGERE MEINE ZUSTIMMUNG

Bozen, am _____

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes
