

Antrag für parenterale Kontrastmittelapplikation

WICHTIGE VORINFORMATIONEN

In unserem Röntgendienst werden für parenterale Kontrastmittel-Untersuchungen (KM) nur NICHT IONISCHE Kontrastmittel verwendet.

Aufgrund des Ministerialdekretes vom 17.09.97 (eingegangen am 26. Sept. 97, Prot. 3671, pr. BZ) ist das Auftreten einer anaphylaktoiden Reaktion auf nicht ionische Kontrastmittel "weniger wahrscheinlich" als bei den ionischen Kontrastmitteln, die vorher in Gebrauch waren.

Folglich ist **„die routinemäßige Durchführung einer Reihe von bestimmten Untersuchungen zur Vorbeugung von eventuellen Kontrastmittelzwischenfällen nicht bei jedem Patienten/jeder Patientin indiziert“**.

Trotzdem kann es bei entsprechendem klinisch-anamnestischen Verdacht auf ein erhöhtes Risiko (siehe unten angeführte Kontraindikationen) notwendig sein, eine geeignete Labor-/Instrumentaldiagnostik durchzuführen, um den **Schweregrad** einer **Pathologie** zu bestimmen.

Der Patient/Die Patientin _____ geboren am _____,

benötigt folgende Untersuchung mit parenteraler Kontrastmittelapplikation:

DETAILLIERTE KLINISCHE FRAGESTELLUNG:

Aufgrund der **klinisch-anamnestischen Beurteilung** (und im Zweifelsfalle nach Durchführung folgender Labor/Instrumentaluntersuchungen)

können schwere Formen von:

1. Leberinsuffizienz
2. Herz-Kreislaufinsuffizienz
3. Niereninsuffizienz
4. Paraproteinämie bei M. Waldenström
5. Myelom

ausgeschlossen werden.

Das zuweisende ärztliche Personal: _____

Datum: _____

Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin:

Ich _____ erkläre, dass ich vom zuweisenden ärztlichen Personal _____ genauestens über die Notwendigkeit aufgeklärt

worden bin und ich bereit erkläre mich aufgrund meines derzeitigen Gesundheitszustandes der folgenden

parenteralen Kontrastmittelapplikation

zu unterziehen.

Ich erkläre weiters, dass ich bezüglich der Zielsetzung, der Ausführung und der Risiken der Untersuchung ausreichend aufgeklärt worden bin.

Unterschrift Patient/Patientin (oder des gesetzlichen Vertreters)

Radiologie Meran und Schlanders

Primar: Dr. Anton Wieser
Rossinistraße 5 | 39012 Meran | Tel. 0473 263 070 | Fax 0473 264 684
Krankenhausstr. 3 | 39028 Schlanders | tel. 0473 735 020 | fax 0473 735 861
http://www.sabes.it | rx-me@asbmeran-o.it | rad-schl@asbmeran-o.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Radiologia Merano e Silandro

Primario: Dr. Anton Wieser
via Rossini, 5 | 39012 Merano | tel. 0473 263 070 | fax 0473 264 684
via Ospedale, 3 | 39028 Silandro | tel. 0473 735 020 | fax 0473 735 861
http://www.asdaa.it | rx-me@asbmeran-o.it | rad-schl@asbmeran-o.it
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211