



Name des Patienten (bitte in Druckbuchstaben)

## AUFKLÄRUNGSBOGEN PHLEBOGRAPHIE

Liebe Patientin, lieber Patient,

Die Phlebographie ist eine Röntgenuntersuchung der Bein(Arm)-Venen. Hierbei wird ein jodhaltiges Kontrastmittel in das zu untersuchende Venensystem eingespritzt. Anschließend werden Röntgenaufnahmen der nun vom Kontrastmittel gefüllten Venen angefertigt. Die Phlebographie wird im wesentlichen bei unklaren Verhältnissen präoperativ vor Krampfaderoperationen angefordert, seltener zur Abklärung einer Thrombose (dies erfolgt heutzutage vorwiegend per Ultraschall).

### Mögliche Komplikationen der intravenösen Injektion:

Die eingesetzten modernen Kontrastmittelmittel sind gut verträglich. Eine lokale Venenreizung bei Krampfadern wird kaum mehr beobachtet. Bei Überempfindlichkeit kann es zu allergischen Reaktionen kommen mit Hautausschlag, Nies- oder Hustenreiz. Schwere Komplikationen mit Beeinträchtigung des Kreislaufs oder der Atmung, die eine stationäre Behandlung notwendig machen sind ausgesprochen selten.

### Zur Abschätzung Ihres persönlichen Risikos bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen:

Hatten Sie bereits eine Röntgenuntersuchung mit intravenöser Kontrastmittelgabe gehabt?

Ja und zwar im Jahr \_\_\_\_\_  Nein

Wenn ja, haben Sie diese Untersuchung gut vertragen?

Ja  Nein

Sind Sie allergisch veranlagt? (Heuschnupfen, Asthma, Überempfindlichkeit gegen bestimmte Medikamente)

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenüberfunktion bekannt?

Ja  Nein

Haben Sie eine schwere Erkrankung der Nieren?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Wie hoch ist Ihr Kreatininwert? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu Blutungen, oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Sind Sie zuckerkrank? Wenn ja, nehmen Sie Medikamente ein?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Leiden Sie an einer chronischen Infektion wie Hepatitis, HIV, usw.?

Ja und zwar \_\_\_\_\_  Nein

Besteht eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

**Falls Sie diese Ausführungen nicht verstanden haben oder zusätzliche Auskünfte wünschen, sprechen Sie uns bitte an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.**

### **Einverständniserklärung**

Ich habe ich keine weiteren Fragen mehr. Mit der Untersuchung zu den oben genannten Bedingungen bin ich einverstanden und willige hiermit in die Durchführung der Phlebographie ein.

\_\_\_\_\_  
Alzey, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / betreuende Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt