# Radiologische Gemeinschaftspraxis Bruchsal

## Einverständniserklärung

Untersuchung: Phlebographie Geburtsdatum:.....

Name:

Liebe Patientin / Lieber Patient,

Sie wurden zu einer Phlebographie (Röntgenuntersuchung der Bein- oder Armvenen) überwiesen. Dies ist eine häufig durchgeführte Röntgenuntersuchung.
Bei der Untersuchung wird ein jodhaltiges Röntgen-Kontrastmittel verwendet. In seltenen Fällen können Nebenwirkungen wie allergische Reaktionen (Juckreiz, Hautausschlag, Schleimhaut-schwellung, Übelkeit) oder Kreislaufreaktionen auftreten.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? ja / nein

Welche .....

Wurden sie früher mit Röntgen-Kontrastmittel untersucht? Wann ?

Nieren- oder Gallenuntersuchung ja / nein .....

Angiographie (Gefäßdarstellung) ja / nein .....

Computertomographie ja / nein .....

Traten dabei Nebenwirkungen auf ? .....

Besteht eine Schilddrüsenerkrankung, z.B. Überfunktion der Schilddrüse? ja / nein
Besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion? ja / nein
Besteht eine Schwangerschaft ja / nein
Haben Sie weitere Fragen ? ja / nein

Mit der Untersuchung bin ich einverstanden.

Bruchsal, den Unterschrift Patient: .....

Aufklärung durch Dr. .....