

## Merkblatt zum Aufklärungsgespräch über die Röntgenuntersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege

### - Ausscheidungs-Urographie -

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Sehr geehrter/geehrte Patient/Patientin

Datum: \_\_\_\_\_ Per.Nr. \_\_\_\_\_

Die Erfolgsaussichten der Behandlung sind umso grösser, je genauer der Arzt Art und Umfang der Erkrankung feststellen kann.

Bei der Ausscheidungs-Urographie wird eine Röntgenuntersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege mit Hilfe von Kontrastmittel durchgeführt. Die Untersuchung setzt Ihre Einwilligung voraus. Auf Ihren Wunsch wird Sie der Arzt über allfällige Nebenwirkungen der unterschiedlichen Kontrastmittel gerne informieren. Als Entscheidungshilfe werden Sie in diesem Merkblatt und in einem Aufklärungsgespräch über die Art, Bedeutung und möglichen Komplikationen dieser Untersuchung informiert.

#### Untersuchung

Um die Nieren und ableitenden Harnwege auf dem Röntgenbild sichtbar zu machen, wird Ihnen ein Kontrastmittel (jodhaltige Lösung) in die Armvene gespritzt oder in Form einer langsamen Tropfinfusion verabreicht. Unmittelbar nach Verabreichung des Kontrastmittels und innerhalb der nächsten 30 Minuten werden zwei Röntgenaufnahmen gemacht. In seltenen Ausnahmefällen kann die Untersuchung auch etwas länger dauern.

#### Mögliche Komplikationen

Die verabreichten Kontrastmittel sind normalerweise gut verträglich. Es kann bei Überempfindlichkeit zu Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag oder ähnlichen leichten Reaktionen kommen, die aber von selber wieder abklingen. Ausserst selten kann es zu Überempfindlichkeitsreaktionen im Bereich von Kreislauf, Nieren und / oder Nerven kommen, die dann eine stationäre Behandlung verlangen. Lebensbedrohende und schwerwiegende Zwischenfälle und mögliche Langzeitschäden sind extrem selten.

Um das Risiko möglichst gering zu halten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

- Besteht bei Ihnen eine Allergie (Heuschnupfen etc.), Überempfindlichkeit gegen Medikamente (insbesondere Jod), Nahrungsmittel, Pflaster oder örtliche Betäubungsmittel? Ja  Nein

- Sind anlässlich früherer Röntgenuntersuchungen mit Kontrastmittel bei Ihnen Hautausschlag, Kreislaufreaktionen oder Juckreiz aufgetreten? Ja  Nein

- Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  
Datum der letzten Menstruation: .....

- Ist Ihnen bekannt, ob Sie eine Überfunktion der Schilddrüsen haben oder wurden Sie deswegen schon behandelt? Ja  Nein

- Nehmen Sie Antidiabetika ein, die Metformin enthalten? Ja  Nein

Nehme Antidiabetika ein, kenne aber den Namen nicht

- Wenn ja, wann haben Sie das metforminhaltige Antidiabetikum zuletzt eingenommen? Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

#### Bitte beachten Sie folgende Anweisungen

Am Tag vor der Untersuchung ...

- Einnahme von Prepacol: um 18.00 Uhr nehmen Sie bitte die Lösung mit ca. 70ml Wasser ein. Unmittelbar danach trinken Sie ein grosses Glas Wasser (ca. 250ml).
- 3-4 Stunden nach Einnahme der Lösung, spätestens jedoch um 22.00 Uhr die 4 Tabletten unzerkaut mit etwas Wasser einnehmen. Danach trinken Sie nochmals 250ml Wasser.
- nichts blähendes essen

Am Tag der Untersuchung ...

- bis zur Beendigung der Untersuchung nichts essen, trinken und rauchen

Nach der Untersuchung ...

- Sie sollten sehr viel trinken (Tee, Mineralwasser etc.). Dadurch wird die Kontrastmittelausscheidung beschleunigt.

Bei Unwohlsein informieren Sie sofort Ihren Arzt oder das zuständige Pflegepersonal.

#### Informieren Sie sich

Sollten Sie etwas nicht verstanden haben oder mehr über die Untersuchung, mögliche Untersuchungsalternativen, Komplikationen sowie seltene Risiken wissen wollen, so können Sie uns jederzeit kontaktieren. Auch sind Nebeneingriffe (z.B. Einspritzungen) mit möglichen Risiken verbunden. Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

#### Erklärung des Patienten

Ich habe heute anhand der Hinweise im Merkblatt mit Herrn / Frau Dr. \_\_\_\_\_ ein Aufklärungsgespräch geführt, bei dem ich alle mich interessierten Fragen stellen konnte.

- Ich habe keine weiteren Fragen

- Ich bin mit der vorgeschlagenen Untersuchung einverstanden

#### Im Falle einer Ablehnung der Untersuchung

- Ich wurde über die möglichen Nachteile und Folgen der Nichtuntersuchung informiert

Datum: \_\_\_\_\_

(Patient bzw. Sorgeberechtigter)

(Arzt)