Schriftliche Zustimmung mit der Applikation der gesundheitlichen Dienstleistung (der gesundheitlichen Leistung)

**Benennung der gesundheitlichen Dienstleistung** (der Leistung oder Untersuchung)**:** **Die radiographische Untersuchung mit der intravenösen Applikation, evtl. Schluckapplikation der Jodkontrastsubstanz /CT, IVU/**

Die Applikation der Jodkontrastsubstanz im Verlauf der Röntgenuntersuchung dient zu der besseren Visualisierung den anatomischen und vor allem den pathologischen (kränklichen) Körperstrukturen.

# Nach der vorausgegangenen Untersuchung hat der Arzt die gesundheitliche Dienstleistung (die Leistung oder Untersuchung) empfohlen, zu der wir Ihre Zustimmung benötigen.

# Der Grund der geleisteten gesundheitlichen Dienstleistung (der Untersuchung oder Leistung):

# Manchen anatomischen und besonders dann pathologischen Strukturen sind nativ (also ohne die Anwendung einer Kontrastsubstanz) nur sehr schlecht oder überhaupt nicht sichtbar. Für den Zweck der Visualisierung dieser Strukturen wird in den bestimmten Fällen in die Blutader eine für die röntgenologischen Zwecke spezielle Kontrastflüssigkeit appliziert – eine Jodkontrastsubstanz. Einigen Untersuchungen, wie z. B. die Ausscheidungsurograpfie, können ohne die Applikation einer Kontrastsubstanz in die Blutader überhaupt nicht vorgenommen sein.

# Die möglichen Alternativen: Eine Alternative ist die Nichtbenutzung der Kontrastsubstanz, was aber oft nur eine partikuläre Ausbeute der Untersuchung bedeutet, oder sogar das Vornehmen der Untersuchung verhindert. (Z. B. für den Fall der Ausscheidungsurograpfie.)

# Vorbereitung zu der geleisteten gesundheitlichen Dienstleistung (der Untersuchung oder Leistung):

# Der Patient kommt hungrig – d.h. 4 Stunden vor der Leistung er nicht isst, nicht trinkt und nicht raucht, ansonst wird aber 24 Stunden vor der Untersuchung die ausreichende Hydratration des Patienten wegen der Verminderung des Risikos den unerwünschten /chemotoxischen/ Reaktionen benötigt. Für den Fall der röntgenologischen Untersuchung des Dickdarms wird zusätzlich vor der selben Untersuchung die Applikation der Präparation für die Entleerung benötigt. Falls der Patient einigen Arzneimitteln einnimmt, kann er sie nur mit einer kleinen Menge des reinen Wassers vertrinken. Eine Stunde vor der Untersuchung wird der Patient eine Tablette des Dithiadens verschlucken. (Falls er sie nicht vorhanden hat, wird ihm der Dithiaden oder eine andere Substanz gegen die Allergie intravenös direkt vor der Untersuchung beigebracht.)

# Haben Sie eine Allergie auf etwas?

# Sind sie wegen dem Heufieber, Asthma, Regalinsuffizienz, der Prostatahypertrophie, dem Glaukom (der Trübung) oder einer anderen gewichtigen Krankheit behandelt? Nehmen Sie Metformin oder ein anderes Peroralantidiabetikum mit derselben Wirkungsweise? (Diesen Arzneimittel ist nötig 48 Stunden vor der Untersuchung und 24 Stunden nach der Untersuchung auszusetzen!!!)

# War Ihnen schon einmal intravenös eine Jodkontrastsubstanz appliziert? Für den Fall der positiven Antwort bei welcher Untersuchung und wie sie Ihrerseits vertrugen wurde?

# Das Vorgehen bei der geleisteten gesundheitlichen Dienstleistung (der Untersuchung oder Leistung):

Wird der Arzt über die Schluckapplikation der Kontrastsubstanz entscheiden, erhält der Patient ein oder zwei Becher mit dieser Substanz in der entsprechenden Menge des Wassers verrührt. Er wird die Lösung nach und nach gemäß der Anweisungen des radiologischen Assistenten austrinken. In dem Untersuchungsraum wird dem Patienten eine Kanüle eingeführt und die benötigten Medikamente eingereicht. **Nachfolgend wird** **die eigene Untersuchung verlaufen, bei der ihm intravenös durch den radiologischen Laboranten die Kontrastsubstanz appliziert wird,** was ein Präparat mit dem Jodgehalt enthält, welches einigermaßen schnell aus dem Körper durch die Nieren abgesondert wird. Eine andere Substanz, als die Jodkontrastsubstanz, ist es nicht möglich zu benutzen, ohne die Applikation dieser Substanz wäre die Aussagekraft der Untersuchung gemindert. In der überwiegenden Menge der Fälle ist ihre Applikation gut vertragen, aber auch hier, wie bei den meisten Arzneimitteln, zu den unerwünschten Reaktionen kommen kann.

Mit der Berücksichtigung auf die Möglichkeit der verspäteten allergischen Reaktion wartet der Patient nach der Beendigung der Untersuchung eine Stunde im Warteraum, in dieser Zeit bleibt ihm die Kanüle eingeführt. Falls keinen Anzeigen der Übelkeit oder Allergie merkbar sind, wird dem Patienten die Kanüle entfernt und er geht nach Hause ab.

# Risiken und möglichen nachfolgenden Komplikationen:

# Die möglichen und häufigsten Reaktionen sind nur der mäßigen Stufe: ein Gefühl der Dürre im Mund, die Gefühle der Hitze, ein Druck in der Umgebung der Harnblase, das Gefühl zum Brechen, das Gefühl des erhöhten Blutdrucks, die Kopfschmerzen, das Muskelzitter, das Prickeln der Haut, die Quaddel oder die roten Hautflecken, die leichteren Atembeschwerden.

# Die schweren, aber nur sehr rar sich auftretenden unerwünschte Reaktionen sind: die starke Atemnot auf Grund von dem Bronchospasma, des Laryngeal- und Lungenödem, der Hypotension und Krämpfen. Sehr selten kann die allergische Reaktion bis zu dem anaphylaktischem Schock mit dem Gedächtnisverlust und zu dem Tod weiterzuleiten.

**Empfehlungen für den Patienten nach der geleisteten Dienstleistung (der Untersuchung oder Leistung):**

Nach der Beendigung der Untersuchung sollte der Patient eine erhöhte Menge der Flüssigkeiten einnehmen, um die Kontrastsubstanz schnell aus dem Körper auszuspülen. Der Patient sollte unbedingt nach der Leistung die Kfz führen, weil der applizierte Dithiaden die Aufmerksamkeit negativ beeinflussen kann. Nach der Beendigung der Untersuchung sollte der Patient die Einnahme der Flüssigkeiten erhöhen, um die Kontrastsubstanz schneller aus dem Körper auszuscheiden.

# Leistung der weiteren gesundheitlichen Dienstleistungen:………………………………………………

**Erklärung:** Ich war ausführlich über die Leistung der gesundheitlichen Dienstleistung (der Leistung oder Untersuchung) unterwiesen und mit allen Alternativen, denen Vorteilen und Risiken bekannt gemacht, und hatte ich die Möglichkeit, für mich eine aus dem Alternativen auszuwählen. (Falls die geleistete gesundheitliche Dienstleistung nicht den rechtlichen Vorschriften unterliegt. Ich war mit den möglichen Begrenzungen in der gewöhnlichen Lebensart und in der Arbeitsunfähigkeit nach der Leistung der gesundheitlichen Dienstleistung (der Leistung oder Untersuchung) bekannt gemacht, als auch mit den möglichen zu erwartenden Änderungen des gesundheitlichen Zustands und der Gesundheitsfähigkeit. Ich war mit dem Heilregime, den geeigneten Vorsorgemaßnahmen und der Möglichkeit der Leistung der weiteren Gesundheitsdienstleistung (der Kontrollleistungen oder Untersuchungen) bekannt gemacht. Ich erkläre hiermit, dass ich über die Möglichkeit unterwiesen war, diese meine Zustimmung mit der entworfenen Leistung jederzeit vor der eigenen Leistung zu widerrufen. Ich erkläre hiermit, dass ich dem Arzt alle Umstände mitgeteilt, welchen meinen Gesundheitszustand treffen, und dass ich nichts verschwiegen habe, was negativ das Ergebnis der vorgenannten Leistung beeinflussen könnte.

**Ich erkläre hiermit, dass ich die ergänzenden Fragen stellen konnte, welche mir ordnungsgemäß beantwortet waren, und dass ich die Informationen völlig begriffen habe und mit dem entworfenen Vorgehen einverstanden bin.**

Für den Fall der unerwarteten Komplikationen, welche das unmittelbare Vornehmen der weiteren gesundheitlichen Dienstleistungen (Eingriffen) bedürfen, welche für die Rettung des Lebens oder der Gesundheit benötigt werden, stimme ich zu, um alle weitere benötigten und unverzüglichengesundheitlichen Dienstleitungen (Leistungen) vorzunehmen, welche zu der Rettung des Lebens oder der Gesundheit benötigt werden.

Ich war über dem implantierten gesundheitlichen Mittel unterwiesen, und zwar schriftlich – mündlich\*

Patient/-in:……………………………………………… Geburtsnummer:………………………………………

Unterzeichnung des Patienten/der Patientin:…………………………………………………………

Gesetzlicher Vertreter:………………………………… Verwandtschaftsverhältnis:……………………………

# Unterzeichnung des gesetzlichen Vertreters:……………………………………

# Gesundheitliche Mitarbeiter, welcher die Unterweisung vornimmt:……………………………………

## In Praha am: ……………………………………