



Arthrografie

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

INSTITUT DIAGNOSTISCHE UND
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Dr. med. J. Fischer, *Chefarzt*
Dr. med. C. Siewert, *Stv. Chefarzt*
Dr. med. T. Merl, *Leitender Arzt*
Dr. med. St. Müller, *Leitender Arzt*

Sehr geehrte Patientin / sehr geehrter Patient

Sie sind von Ihrem Arzt zu einer Untersuchung eines Gelenkes überwiesen worden. Um die Aussagekraft der Untersuchung zu steigern, ist es erforderlich bei Ihnen vorgängig ein Kontrastmittel in das Gelenk zu spritzen.

Ablauf der Untersuchung

Die Injektion des Kontrastmittels erfolgt vor der eigentlichen MR- oder CT-Untersuchung durch den Radiologen. Obwohl es nur einen kleinen Stich gibt, muss steril gearbeitet werden. Die Gelenkregion wird desinfiziert und mit einem sterilen Tuch abgedeckt. Mit Lokalanästhesie wird die Stelle unempfindlich gemacht. Unter Röntgenkontrolle wird die Nadel im Gelenk platziert, wo das Kontrastmittel injiziert wird. Im Anschluss findet die eigentliche MR- oder CT-Untersuchung statt.

Mögliche Nebenwirkungen

Durch das Kontrastmittel kann es zu einem Druckgefühl im Gelenk kommen, welches sich innerhalb kurzer Zeit zurückbildet. Allfällig auftretende Schmerzen im Gelenk sollten nur kurz anhalten. Verletzungen oder Entzündungen von umliegenden Strukturen sind sehr seltene und behandelbare Komplikationen.

Nach der Untersuchung

Wir empfehlen Ihnen das betroffene Gelenk am Tag der Untersuchung nicht übermässig zu belasten. Sie bekommen ein Pflaster auf die Injektionsstelle geklebt, welches frühestens nach 24 Stunden entfernt werden sollte.

Wird die Kontrastmittelinjektion bei einem Gelenk an den Beinen durchgeführt, ist das Autolenken für den restlichen Tag zu vermeiden.

Dürfen wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten.

Leiden Sie an Allergien? (Kontrastmittel, Lokalanästhesie...) Welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bei Fragen oder Unklarheiten steht Ihnen unser Personal gerne zur Verfügung.

Ich bestätige hiermit, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen und die obigen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe. Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Untersuchung.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten:
(oder der verantw. Person)

Visum Radiologiefachperson: