



## Patientenaufklärung Kontrastmitteluntersuchung des Dickdarmes

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden von Ihrem Arzt zur Kontrastmitteluntersuchung des Dickdarmes (Colonkontrasteinlauf, Trochoskopie) überwiesen. Nach einführen eines Darmrohres wird in Form eines Einlaufes das Kontrastmittel Bariumsulfat verabreicht. Das Kontrastmittel benetzt die Darmschleimhaut, überflüssiges Bariumsulfat wird abgelassen und anschließend der benetzte Darm mit Luft aufgeweitet. Gelegentlich muss der Darm zusätzlich medikamentös durch eine Spritze in die Armvene ruhig gestellt werden. Röntgenzielaufnahmen werden während und nach der Kontrastmittel-Luft-Füllung angefertigt. Völlegefühl und Blähungen können auftreten, zum Schmerz darf es nicht kommen. Der untersuchende Arzt ist ständig mit Ihnen im Gespräch. Es handelt sich beim Colonkontrasteinlauf um ein risikoarmes Untersuchungsverfahren. In den letzten 20 Jahren traten in unserer Röntgenabteilung keine Komplikationen auf. Um den extrem seltenen Darmdurchbruch (Perforation) zu vermeiden, muss eine **Gewebsentnahme** (Biopsie) je nach Ausmaß **mindestens 10 – 14 Tage zurückliegen**.

### Vorbereitung:

An den Tagen vor der Untersuchung bitte Trinkmenge erhöhen und leicht verdauliche Kost aufnehmen. Ein Rezept für Abführmittel und ein entsprechendes Vorbereitungsblatt händigen wir Ihnen bei Anmeldung aus. Am Untersuchungstag bitte früh nichts mehr essen, Trinkmenge beibehalten. Um einer Verstopfung vorzubeugen, nach der Untersuchung Trinkmenge erhöhen und viel bewegen. Der Stuhl ist vom Kontrastmittel weiß gefärbt. Falls Sie eine Spritze zur Beruhigung des Darmes erhalten haben, dürfen sie in den nächsten 4 Stunden kein Fahrzeug führen und nicht an großen Maschinen arbeiten. Die Sehschärfe kann zeitweise herabgesetzt sein. Sollten plötzliche Bauchschmerzen oder sonstiges Unwohlsein während und nach der Untersuchung auftreten, teilen sie es uns bitte umgehend mit.

### Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Wurde bei Ihnen kürzlich eine Darmspiegelung vorgenommen?  ja  nein  
**Wenn ja, wann:** .....
2. Wurde eine Gewebeentnahme durchgeführt?  ja  nein
3. Operationen im Darmbereich?  ja  nein
4. **Bei Frauen:** könnten Sie schwanger sein?  ja  nein
5. **Bei Männern:** liegen Prostatabeschwerden / Harnverhaltung vor?  ja  nein
6. Liegt ein erhöhter Augeninnendruck (Grüner Star) vor?  ja  nein

## Patienteneinwilligungserklärung:

Ich willige hiermit in die vorgeschlagene Untersuchung ein. Ich fühle mich ausreichend über die Behandlung aufgeklärt und habe dazu **keine** weiteren Fragen. Ich habe die Patienteninformationen gelesen und die o.g. Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

Mit der Bezahlung der Untersuchung durch mich, unabhängig von der Erstattung meiner Krankenkasse, bin ich einverstanden.

### Bemerkungen des behandelnden Arztes:

Datum: ..... Unterschrift Arzt: ..... Unterschrift Patient: .....

## Aufklärungsunterlagen

Ich wurde darüber informiert, dass ich nach §630e (2) BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens habe.

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens und bestätige deren Erhalt.

Unterschrift : .....

Unterschrift : .....