

KONTRASTMITTELMAMMOGRAPHIE

Die Kontrastmittelmammographie ist eine moderne Weiterentwicklung der klassischen Mammographie mit der bösartige Veränderungen in der Brust noch besser erkannt werden können. Dazu ist es notwendig ein jodhaltiges Kontrastmittel über eine Armvene zu verabreichen. Normalerweise wird das Kontrastmittel sehr gut vertragen, in Ausnahmefällen kann es jedoch zu allergischen Reaktionen kommen. Ein Wärmegefühl oder ein bitterer Geschmack im Mund sind normale Reaktionen, welche innerhalb weniger Minuten wieder verschwinden. Wie bei jeder Injektion kann es zu Rötungen an der Einstichstelle, sowie einem Bluterguss kommen. Im seltenen Fall, dass eine Vene platzt, kann es außerdem zum Austritt von Kontrastmittel ins umliegende Gewebe kommen, was wiederum schmerzhaft ist.

Bei Fragen zum Kontrastmittel scannen Sie bitte den QR Code, oder wenden Sie sich an unser Fachpersonal.



Um bei Ihnen ein erhöhtes Risiko für Kontrastmittelreaktionen besser abschätzen zu können, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Ihr Körpergewicht? kg

Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden?	Ja ☐ Nein ☐
Könnten Sie schwanger sein oder stillen sie?	Ja ☐ Nein ☐
Ist eine Allergie gegen Jod oder jodhaltige Kontrastmittel bekannt?	Ja ☐ Nein ☐
Hatten Sie bereits einmal eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel?	Ja ☐ Nein ☐
Wenn Ja: Hatten Sie Unverträglichkeitserscheinungen?	Ja ☐ Nein ☐
Welche? _____	
Haben Sie eine bekannte Nierenfunktionsstörung?	Ja ☐ Nein ☐
Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)?	Ja ☐ Nein ☐
Nehmen sie metforminhaltige Medikamente ein?	Ja ☐ Nein ☐
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung, insbesondere Schilddrüsenüberfunktion?	
Wenn ja: Welche? _____	Ja ☐ Nein ☐
Nehmen Sie Medikamente dafür ein?	Ja ☐ Nein ☐
Welche? _____	
Leiden Sie an einer INFektionskrankheit (z.B. Hepatitis, TBC, HIV/AIDS)	Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, an welcher? _____	

Ich bestätige, dass ich den Inhalt gelesen und verstanden habe. Mit dieser Unterschrift stimme ich der Durchführung der Untersuchung zu!

Ihre Unterschrift: _____

Vom Untersucher auszufüllen

Errechnetes GFR: _____

Verabreichte Kontrastmittelmenge: _____

Ärztliche Anmerkungen:

Arzt: _____

Ersteller: _____

SOP ☐

Version 1 (1.1.2026 ka)