



visioRAD

Prävention. Diagnostik. Therapie.

Einverständniserklärung MRT-Untersuchung (ggf. mit Kontrastmittel)

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass bei unserem Kind:

Name, Vorname

Geb.datum

eine MRT-Untersuchung durchgeführt wird.

Es handelt sich dabei um eine Spezialuntersuchung ohne Strahlenbelastung.

Bei der Fragestellung ist es eventuell erforderlich, dass für die Aufnahmen Kontrastmittel in die Vene injiziert wird. Das Kontrastmittel ist sehr gut verträglich.

Nur in ganz seltenen Fällen kann es zu Reaktionen wie:

- Hitzewallungen
- Übelkeit
- Erbrechen

kommen.

Noch seltener sind allergische Reaktionen wie:

- Hautjucken
- Luftnot
- Pustelbildungen oder
- Kreislaufreaktionen.

Einwilligungserklärung:

- Die Informationen zum MRT haben wir gelesen und verstanden. Über die Untersuchung mit Kontrastmittelgabe und mögliche Risiken und Komplikationen fühlen wir uns ausreichend aufgeklärt.
- Wir willigen in die Untersuchung ein und sind mit einer Kontrastmittelgabe - falls nötig - bei unserem Kind einverstanden.
- Ferner erklären wir uns mit der Weitergabe der Befunde und Bilder an überweisende und weiterbehandelnde Ärzte – bis auf Widerruf – einverstanden!

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten