

## Aufklärungsbogen MRT

Geb.-Datum: ..... Gewicht: ..... kg Größe: ..... cm

Bitte schildern Sie in Stichworten Ihre gegenwärtigen Beschwerden (seit wann? wo? Verlauf?)

Hat in dieser Körperregion eine Operation stattgefunden?  ja  nein  
Wenn ja: welche? wann? .....

Haben die Beschwerden nach einem Sturz oder Unfall begonnen?  ja  nein  
Wenn ja: welcher? wann? .....

### **Bitte beantworten Sie uns zu Ihrer Sicherheit folgende Fragen (ggf. auch für Ihr Kind):**

- 1) Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein
- 2) Stillen Sie derzeit?  ja  nein
- 3) Haben Sie ein Metallimplantat im Körper?  
(z.B. Herzschrittmacher, Defibrillations-Aggregat, Event-Recorder, künstliches Gelenk, Cochlea-Implantat, Schmerzpumpe, Insulinpumpe, Hörgeräte, Zahnimplantate, Zahnspangen)  
Wenn ja, welches? .....
- 4) Haben Sie Tätowierungen  oder Metallsplitter im Körper  ? (Zutreffendes bitte ankreuzen)  nein
- 5) Haben Sie früher bereits Kontrastmittel bekommen?  ja  nein  
Wenn ja, haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen?  ja  nein  
Bei Unverträglichkeit, welche Reaktion trat auf? .....
- 6) Leiden Sie an Klaustrophobie (Platzangst)?  ja  nein
- 7) Sind bei Ihnen Allergien/ Heuschnupfen/ Asthma bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
- 8) Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
- 9) Ist bei Ihnen eine Knochenmarkerkrankung bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
- 10) Haben Sie ein Glaukom (Grüner Star)?  ja  nein
- 11) Haben Sie eine ansteckende Erkrankung, z.B. Hepatitis, HIV?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
- 12) Möchten Sie diesen Aufklärungsbogen MRT ausgehändigt bekommen?  ja  nein

**Hiermit bestätige ich, die Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Die Informationen zum MRT habe ich gelesen und verstanden. Über die Untersuchung ggf. mit Kontrastmittelgabe und mögliche Risiken und Komplikationen fühle ich mich ausreichend aufgeklärt.**

- **Ich willige in die Untersuchung ein und bin mit der Kontrastmittelgabe -falls notwendig- einverstanden.**
- **Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Befunde und Bilder an meine überweisenden und weiterbehandelnden Ärzte -bis auf Widerruf- einverstanden!**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Patient  
(ggf. Betreuer/ Sorgeberechtigter)

.....  
Unterschrift Arzt