



Einverständniserklärung

MRT-Untersuchung (ggf. mit Kontrastmittel)

Wir erklären uns damit einverstanden, dass bei unserem Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

eine MRT-Untersuchung durchgeführt wird.

Es handelt sich dabei um eine Spezialuntersuchung ohne Strahlenbelastung.

Bei einigen Untersuchungen ist es 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 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 damit einverstanden, dass das Legen von Zugängen sowie die Kontrastmittelgabe durch das medizinische Assistenzpersonal erfolgt.

Bei weiblicher Patientin im gebärfähigen Alter: Ich bestätige, dass bei meiner Tochter keine Schwangerschaft vorliegt.

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

.....

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r
(ggf. Betreuer)