



Aufklärungsbogen MRT

Name, Vorname:

Geb.-Datum: Gewicht: kg Größe: cm

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

.....
Hat in dieser Körperregion bereits eine radiologische Untersuchung stattgefunden? ja nein

Wenn ja: welche? wann?

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? ja nein

(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 damit einverstanden, dass das Legen von Zugängen sowie die Kontrastmittelgabe durch das medizinische Assistenzpersonal erfolgt.

.....
Ort / Datum

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

.....
Unterschrift Arzt