

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 eine Operation stattgefunden? (Wenn ja: welche? Wann?) ja 0 nein 0

.....

Haben die Beschwerden nach einem Sturz oder Unfall begonnen? (Wenn ja: welcher? wann?) ja 0 nein 0

.....

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

1) Könnten Sie schwanger sein? ja 0 nein 0

2) Haben Sie ein Metallimplantat im Körper? ja 0 nein 0

(z.B. Herzschrittmacher, Defibrillations-Aggregat, Event-Recorder, künstliches Gelenk, Cochlea-Implantat, Schmerzpumpe, Insulinpumpe, Hörgeräte, Zahnimplantate, Zahnspangen?)

Wenn ja, welches?

3) Haben Sie Metallsplitter im Körper oder Tätowierungen? ja 0 nein 0

4) Haben Sie früher bereits Kontrastmittel bekommen? ja 0 nein 0

Wenn ja, haben sie das Kontrastmittel gut vertragen? ja 0 nein 0

Wenn nein, welche Reaktion trat auf?

5) Leiden Sie an Klaustrophobie (Platzangst)? ja 0 nein 0

6) Sind bei Ihnen Allergien/ Heuschnupfen/ Asthma bekannt? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche?

7) Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche?

8) Ist bei Ihnen eine Knochenmarkerkrankung bekannt? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche?

9) Haben Sie ein Glaukom (Grüner Star)? ja 0 nein 0

10) Haben Sie eine ansteckende Erkrankung, z.B. Hepatitis, HIV? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche?

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!**