

Aufklärungs- & Fragebogen

Abteilung: MRT



Name, Vorname: Geb. Datum:

Adresse:

Geburtsname: Geburtsort:

Telefon- Nr:

Um diese Kernspintomographie effektiv durchführen zu können, möchten wir Sie höflichst bitten, uns vorab einige Fragen zu beantworten und das Folgende genau durchzulesen bzw. zu beachten:

1. Wurde bei Ihnen früher eine Kernspintomographie oder Computertomographie durchgeführt?

Wann? Wo? Welches Organ?.....

2. Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes?
(Bitte kurze Beschreibung der Symptome)

.....
.....

3. a) Angabe der Körpergröße in cm: b) Körpergewicht in kg:

4. Hatten Sie jemals einen chirurgischen Eingriff? Wenn ja, welchen und an welchem Organ?

.....

5. Bestehen/bestanden bei Ihnen ernsthafte Erkrankungen? Wenn ja, welche?

.....

6. Besteht eine Allergie (z.B. Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster etc?

.....

7. **Sind Sie dialysepflichtig oder besteht eine eingeschränkte Nierenfunktion?**.....

Ja Nein

8. Haben Sie:

-Herzschrittmacher?..... Ja Nein

-Insulinpumpe?..... Ja Nein

- Metallclips nach Gefäßoperationen: - Gehirn?..... Ja Nein

- Herzkranzgefäße?..... Ja Nein

- Aneurysma? (Gefäßweiterung) Ja Nein

- Metallsplitter im Körper/Auge?..... Ja Nein

- Schrauben/Platten nach Knochenverletzungen, künstl. Gelenk?.. Ja Nein

- Mittelohrprothesen/Hörgeräte?..... Ja Nein

Nur für Frauen:

- 9. Besteht eine Schwangerschaft?
- 10. Stillen Sie?
- 11. Intrauterinipessar aus Metall (Spirale)?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Falls nötig, bitte rechtzeitig vor der Untersuchung zur Toilette gehen. Denken Sie an die längere Untersuchungszeit.

Ausnahme: Untersuchung des Beckens!

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstanden haben.

Bitte beachten Sie:

Metallteile können, wenn sie in das Magnetfeld gelangen, Unfälle verursachen und die Bildqualität beeinflussen. Legen Sie bitte deshalb vor Betreten des Untersuchungsraumes in der Kabine folgende Gegenstände ab:

- Uhr, Brille, allen Schmuck, Zahnprothesen, Hörgerät
- Scheckkarten mit Magnetstreifen (werden sonst gelöscht), Geldbörse, Brieftasche
- Metallteile an der Kleidung (Gürtelschnallen, Knöpfe, Reißverschluss)
- Geldmünzen, Kugelschreiber, Schlüssel und andere Metallteile (z. B. Haarspangen)

Einwilligungserklärung

- ❖ Ich habe den Aufklärungsbogen sorgsam gelesen und verstanden. Gegebenenfalls erforderliche Rückfragen wurden mir verständlich beantwortet.
- ❖ Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit.
- ❖ Ich willige hiermit in die angeordnete Untersuchung ein. Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.
- ❖ Die gestellten Fragen wurden von mir nach bestem Wissen beantwortet.
- ❖ Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens Ja Nein

....., den

.....
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Vormund

.....
Unterschrift (MTRA / MFA / Arzt / Ärztin) der zur Durchführung der Untersuchung berechtigten Person

**Ich lehne eine Untersuchung mit Kontrastmittel ab!
Über mögliche Nachteile durch meine Ablehnung wurde ich aufgeklärt.**

.....
Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Vormund

.....
Unterschrift (MTRA / MFA / Arzt / Ärztin) der zur Durchführung der Untersuchung berechtigten Person