Radiologie Hann. Münden

Einverständniserklärung zur Magnetresonanztomographie (MRT)

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Körpergröße (m): _____ **Körpergewicht (kg):** _____

1. **Wegen welcher Beschwerden sind Sie bei uns?** **(Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden!)**

_____

_____

2. Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers** oder anderer elektrischer Geräte wie z.B. **Defibrillator**, **Neurostimulator**, **Cochlea-Implantat**? ☐ ja ☐ nein

3. Haben Sie in/an Ihrem Körper **Metallteile** (z.B. Insulinpumpe, künstliche Herzklappe, Stents, Gefäßclips, Piercing, Gelenkprothesen o.ä.)? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, **welche,wo und Jahr?**: _____

4. Sind Sie am Herzen, Kopf, Gelenke oder der Wirbelsäule operiert worden? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, **was und Jahr?**: _____

5. Hatten Sie jemals eine **Metallsplitterverletzung**? ☐ ja ☐ nein
6. Sind Sie Träger von Kontaktlinsen? ☐ ja ☐ nein
7. Haben Sie ein Permanent-Make-Up oder Tätowierungen? ☐ ja ☐ nein
8. Besteht eine Infektionskrankheit (z.B. Tbc, HIV, Hepatitis)? ☐ ja ☐ nein
9. Liegt bei Ihnen ein Nierenleiden oder Leberleiden vor? ☐ ja ☐ nein
10. Bestehen **Allergien** z.B. gegen Medikamente, Pflaster? ☐ ja ☐ nein

    Wenn ja, welche: _____
11. Haben Sie schon einmal ein MRT mit **Kontrastmittel** bekommen? ☐ ja ☐ nein

    Wenn ja, haben Sie dieses gut vertragen? ☐ ja ☐ nein
12. Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? ☐ ja ☐ nein
13. Für Frauen im gebärfähigen Alter - Sind Sie **schwanger**? ☐ ja ☐ nein

    ☐ Stillen Sie? ☐ ja ☐ nein

    ☐ Tragen Sie eine Spirale (Intrauterinpessar/ IUP)? ☐Hormon-SP ☐ Kupfer-SP ☐ ja ☐ nein
14. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei Bedarf Voraufnahmen bei anderen Radiologien/Ärzte eingeholt werden dürfen. Ich habe die Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen und bin mit allen Punkten einverstanden. ☐ ja ☐ nein
15. Möchten Sie eine Kopie von **diesem ausgefüllten Aufklärungsbogen** ☐ ja ☐ nein

Einwilligungserklärung

Ich versichere sämtliche Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich bin ausführlich über die bevorstehende Untersuchung sowie einer ggf. erforderlichen Kontrastmittelgabe informiert. Ich habe keine weiteren Fragen und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die angeordnete Untersuchung ein. Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz gelesen und bin mit allen Punkten einverstanden.

Hann. Münden, den _____ _____

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

Nur vom zuständigen Arzt auszufüllen

Anmerkungen bei geplanter MRT- Kontrastmittelgabe
(z.B. individuelle Risiken und mögliche Komplikationen, spezifische Nebenwirkungen, Alternativen)

_____

_

_____

_

Hann. Münden, den _____ _____

Datum Unterschrift Arzt

Radiologische Gemeinschaftspraxis Dr. W. Kronsbein / M. Jordan - Vogelsang 105 34346 Hann. Münden

Telefon: 05541-347690 Telefax: 05541-3476901 praxis@radiologie-hmue.de www.radiologie-hmue.de