

Pat.-Nr.: I.V.-Injektion: Ja Nein

MR – durchgeführt von:

Datum: MRT gefahren von:

Arzt: Faktor:

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum: Körpergewicht: kg

Tel.-Nummer:

Adresse:

Krankenkasse: Standardtarif: Ja Nein

Befund an:

Für die meisten Herzschrittmacherträger ist diese Untersuchung nicht möglich!

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine Medikamentenpumpe oder Hörgeräte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie am Herz, Kopf, Innenohr oder an inneren Organen operiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile (z.B. Knie-/Hüftprothesen, OP-Clips, Metall oder Granatsplitter)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Könnten metallische Fremdkörper im Auge sein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Befinden sich an Ihrem Körper Sonden (EKG o.ä.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie tätowiert oder haben sie Piercings oder anderen Körperschmuck unter der Haut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Allergien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Einschränkung der Nierenfunktion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nur für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vor der Untersuchung:

Da Metallteile im Magnetfeld gefährlich sind oder die Bildqualität stören, müssen Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes folgende Gegenstände unbedingt ablegen:

- Geldbeutel (Scheckkarten bzw. Magnetkarten werden gelöscht)
- Schmuck, Uhr, Gürtel, BH und andere lose Teile (Kleingeld)
- Brille, Hörgeräte oder herausnehmbare Zahnteile

Während der Untersuchung:

Wir verwenden MRT-Geräte der neuesten Generation z.T. in halb-offener Bauweise und mit großer Öffnung. Durch zusätzliche entsprechende Lichttechniken ist damit eine MRT-Untersuchung bei nahezu allen Patienten möglich. Sollte dennoch Platzangst bestehen, dann ist durch Gabe von beruhigenden Medikamenten eine MR-Untersuchung bei quasi jedem Patienten möglich – bei bestmöglicher Bildqualität. In diesem Fall dürfen Sie nach der Untersuchung allerdings nicht selbst Auto fahren – denken Sie daran ggf. eine Begleitperson mitzubringen. Vor Beginn der Untersuchung erhalten Sie einen Notfall-Ball, welchen Sie bei Bedarf/im Notfall auslösen können. Da das Gerät während der Untersuchung laute Geräusche erzeugt, erhalten Sie Ohrstöpsel oder einen Kopfhörer.

Falls eine **Kontrastmittelgabe** erforderlich ist, wird diese über einen venösen Zugang verabreicht. Allergische Reaktionen, z.B. Übelkeit und Erbrechen, Haut- und Schleimhautschwellungen sind selten. Auch allergische Herz-/Kreislaufreaktionen sind sehr selten und können behandelt werden. Es sind Einlagerungen des Gadoliniums in das Gehirn in der Literatur beschrieben, ebenfalls Hautprobleme insbesondere eine NSF (nephrogene systemische Fibrose), gerade bei Patienten mit einer eingeschränkten Nierenfunktion. Die bei uns verwendeten Kontrastmittel entsprechen Kontrastmittel der neuesten Generation – Kontrastmittelnebenwirkungen sind eine Rarität.

Bei Verwendung eines Intrauterinpressars (Spirale) mit Metall kann es in seltenen Fällen zu einer Verschiebung im Magnetfeld kommen - in diesem Falle ist eine Kontrolle bei dem zuständigen Gynäkologen zur Lagekontrolle erforderlich

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Erklärung über die Einwilligung:

Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Kernspintomographie der/des (Körperregion)

ggf. einschließlich Kontrastmittel ein.

Ich möchte eine Kopie von diesem Bogen.

Nein, ich möchte keine Kopie.

Gemäß § 73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass meine behandelnden Ärzte Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln.

Baden-Baden, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt