



RADIOLOGISCHE PRAXIS AHRENSBURG

Einwilligung zu einer MRT-Untersuchung mit i.v. Kontrastmittelgabe

Name, Vorname:

Geb.-Dat:

Körpergröße:

Gewicht:

Geschlecht:

männlich

weiblich

Bitte lesen Sie sich die „Informationen zur Magnetresonanztomographie“ vor der Untersuchung sorgfältig durch. Um eine exakte Diagnose stellen zu können, kann es sein, dass wir Ihnen intravenös (i.v.) ein Kontrastmittel spritzen müssen. In seltenen Fällen kann nach Kontrastmittelgabe eine allergische Reaktion auch unvorhergesehen auftreten und mit Hautausschlag, Juckreiz, Atemnot, Übelkeit oder Erbrechen (extrem selten mit schwerem Kreislaufzusammenbruch einhergehen), sodass eine Intensivbehandlung notwendig werden kann.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ja **Nein**

Wurde bei Ihnen bereits eine Magnetresonanztomografie durchgeführt?

Falls ja, welche Körperregion? Wann?

Besteht bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie?

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Sind bei Ihnen Metallclips nach Gefäßoperationen vorhanden?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Metallclips nach Gefäßoperationen?

Metallplatten- oder Schrauben, Gelenkprothesen?

Hörgerät oder Mittelohrimplantat?

implantierte Medikamentenpumpe?

Metallsplitter im Körper (Beruf/Krieg)?

Sind Sie bereits irgendwo operiert worden?

Leiden Sie unter Platzangst?

Leiden Sie unter schweren Kreislaufkrankungen?

Besteht bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung?

Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

Stillen Sie zurzeit?

Sie haben nach § 630e (2) BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens

Ich wünsche eine Kopie des Aufklärungsbogens.

Einverständniserklärung:

Ich hatte genügend Zeit und Gelegenheit, Fragen zu stellen, die mir zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden. Ich fühle mich vollständig aufgeklärt und bin mit der MRT-Untersuchung zu den oben genannten Bedingungen und der intravenösen Verabreichung von Kontrastmittel einverstanden und habe keine weiteren Fragen mehr.

Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologische Praxis Ahrensburg unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien (DSGVO) / zum Zwecke der Weiterbehandlung meine Befund- und/oder Bilddaten an meine behandelnde Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, bei Anfrage und Erfordernis, weiterleiten darf. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Ahrensburg,