



RADIOLOGISCHE PRAXIS AHRENSBURG

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

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Körpergröße in cm: Gewicht in kg: 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche Körperregion? Wann? <input type="text"/>		
Besteht bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Metallclips nach Gefäßoperationen vorhanden? Wenn ja, wo? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallplatten- oder Schrauben, Gelenkprothesen? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät oder Mittelohrimplantat? Zutreffendes bitte unterstreichen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
implantierte Medikamentenpumpe? Wenn ja, wo? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallsplitter im Körper (Beruf/Krieg)? Wenn ja, wo? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie bereits operiert worden? Wenn ja, wo? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Platzangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter schweren Kreislaufkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben nach §630e (2) BGB Anspruch auf eine Kopie dieses Aufklärungsbogens.		
Ich wünsche eine Kopie des Aufklärungsbogens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Beschwerden haben Sie, bezogen auf das zu untersuchende Organ bzw. Körperregion:

Anmerkungen des Arztes:

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 (oder Qualitätsprüfung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung) meine Befund- und/oder Bilddaten an meine behandelnde Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, bei Anfrage und Erfordernis, weiterleiten darf. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Ahrensburg,