

### Patienteninformation – Kernspintomographie (MRT)

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine Insulinpumpe, ein Cochleaimplantat oder Ähnliches?

ja  nein

Sind bei Ihnen Metallclips oder Metallimplantate (z.Bsp. Prothesen) bekannt oder vorhanden? Wurden Sie schon einmal am Kopf, Herz oder den Gefäßen operiert?

ja  nein

Bitte geben Sie für unsere Geräteeinstellung Ihr ungefähres Gewicht und Ihre Größe an:

Gewicht ca. \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen ein chronisches Nierenleiden oder eine gestörte Harnausscheidung bekannt?

Oder ist jemals Eiweiß im Urin nachgewiesen worden?  ja  nein

Sind Sie früher schon einmal mit Kontrastmittel untersucht worden?

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  ja  nein

Wenn ja, haben Sie nach der Gabe von Kontrastmitteln **Nebenwirkungen** verspürt?

Welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt?

Gegen \_\_\_\_\_  ja  nein

Ist \_\_\_\_\_  ja  nein

Wenn ja, bitte ankreuzen: Hepatitis  Tbc  HIV

Für **Patientinnen:**

Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**?  ja  nein

Wird gerade ein Kind gestillt?  ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Diesen Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden, eine Kopie zum Mitnehmen kann ich auf Wunsch an der Anmeldung erhalten. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuell notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden und verzichte auf ein weiteres Gespräch mit einem Arzt vor der Untersuchung.

**Name** (Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_ **Geb.Datum** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Oder: Ich habe vor der geplanten Untersuchung noch weitere Fragen und möchte nochmals über die Risiken der Untersuchung mit einem Arzt sprechen  ja