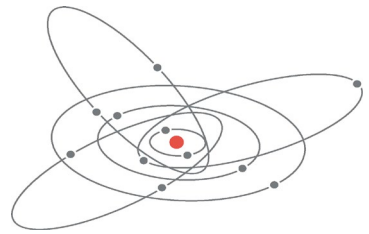


FRAGEBOGEN MRT (Kernspin)



Name: _____

Telefon: _____ Geb.: _____ Pat.-Nr: _____

BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Befinden sich metallische oder elektronische Implantate in Ihrem Körper? Ja Nein

(z.B. Medikamentenpumpen, Zungenschrittmacher, Hirnschrittmacher, Herzklappen, Splitter, Gelenkprothesen, Piercings, Defibrillator, Event-Recorder, Hörgeräte, Chochleaimplantate, Stents)

Wenn ja: Wo befinden sich die Implantate: _____

Bestehen Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV) Ja Nein

Haben Sie eine Funktionsstörung der Nieren? Ja Nein

Sind Sie dialysepflichtig? Ja Nein

Sind Sie an Herz oder Kopf operiert worden? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine Kernspintomographie? Ja Nein

Sind bei früheren Untersuchungen Reaktionen auf Kontrastmittel aufgetreten? Ja Nein

Könnten Sie momentan schwanger sein? Ja Nein

Stillen Sie derzeit Ihr Kind? Ja Nein

Tragen Sie eine Spirale? Ja Nein

(Wenn ja, lassen Sie diese bitte nach der Untersuchung von Ihrem Frauenarzt kontrollieren!)

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Mit der Untersuchung bin ich einverstanden Ja Nein

Mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden Ja Nein

Datum

Unterschrift

⇒ ⇒ Bitte wenden !! ⇒ ⇒

INFORMATIONEN ZUR KERNSPINTOMOGRAPHIE (MRT)

Bei einer Kernspintomographie werden keine Röntgenstrahlen, sondern Magnetfelder eingesetzt. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist keine schädigende Wirkung in Ihrem Körper zu erwarten.

Vor der Untersuchung sollten Sie alle magnetischen, elektronischen und metallischen Gegenstände ablegen und in der Umkleidekabine lassen. Die Untersuchung dauert etwa 20 bis 30 Minuten.

Während der Untersuchung hören Sie Klopfgeräusche, von denen keine Gefahr ausgeht. Sie erhalten von uns einen Gehörschutz. Zusätzlich bekommen Sie eine Verbindung über eine Lautsprecheranlage.

Eine eventuell nötige Kontrastmittelgabe erfolgt über eine Vene. Die Kontrastmittel sind in der Regel sehr gut verträglich. Allergische Reaktionen treten in sehr seltenen Fällen auf.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserem Aushang in der Praxis. Auf Wunsch haben wir für Sie auch einen Flyer vorbereitet.

EINWILLIGUNG ÜBER DIE DATENÜBERMITTLUNG AN DRITTE

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (Befunde, Bilder, Laborwerte) an meinen Hausarzt, überweisenden Arzt und/oder weiterbehandelnde Ärzte oder Kliniken zu Dokumentations- und Behandlungszwecken übermittelt werden und dies auch in elektronischer Form (z.B. Telefax) geschehen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

München, den _____ Unterschrift _____