RADIOLOGISCHES INSTITUT HOHENZOLLERNSTRASSE
PRAXIS FÜR STRAHLENTHERAPIE AM KEMPERHOF

Fragebogen vor MRT-Untersuchungen

Fragen zur Risikoeinschätzung.

Um bei Ihnen ein möglicherweise bestehendes erhöhtes Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie die angeführten Fragen sorgfältig durch Ankreuzen zu beantworten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Gewicht _____ kg Größe: _____ cm

■ **Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**	❑ ja	❑ nein
■ **Sind Sie schon einmal an Herz oder Kopf operiert worden?**	❑ ja	❑ nein
■ **Sind in Ihrem Körper Metallteile? z.B. Granatsplitter, Stents, Clips, künstl. Gelenke, Schrauben, Platten aus früheren Operationen?**	❑ ja	❑ nein
■ Hatten Sie schon einmal eine Metallsplitterverletzung, z.B. am Auge?	❑ ja	❑ nein
■ Sind Sie oder waren Sie in der metallverarbeitenden Branche tätig?	❑ ja	❑ nein
■ Tragen Sie einen Neurostimulator oder eine Insulin- oder Morphinpumpe?	❑ ja	❑ nein
■ Tragen Sie zur Zeit ein Langzeit-EKG oder Langzeit-Blutdruckmessgerät?	❑ ja	❑ nein
■ Tragen Sie ein Hörgerät?	❑ ja	❑ nein
■ Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?	❑ ja	❑ nein
■ Haben Sie einen durch Magnete gehaltenen Zahnersatz?	❑ ja	❑ nein
■ Leiden Sie unter „Platzangst" (z.B. beim Aufzugfahren)?	❑ ja	❑ nein
■ Besteht eine Schwangerschaft?	❑ ja	❑ nein
■ Sind Sie in der Stillzeit?	❑ ja	❑ nein
■ Haben Sie Tattoo's?	❑ ja	❑ nein
■ Haben Sie Piercings?	❑ ja	❑ nein
■ **Haben Sie eine Nierenerkrankung?**	❑ ja	❑ nein

Bei einigen Untersuchungen ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich. Das Kontrastmittel ist im Allgemeinen sehr gut verträglich und behandlungsbedürftige Überempfindlichkeitsreaktionen treten nur extrem selten auf. In der Kernspintomographie werden **keine** jodhaltigen Kontrastmittel verwendet

■ Spricht in Ihrem Falle etwas gegen eine Kontrastmittelgabe?	❑ ja	❑ nein

Wenn ja. was? _____

_____

Bitte wenden >

Einwilligung und Aufklärungsbestätigung

■ Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text der MRT-Informationen gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich bestätige weiter, dass durch die MRT-Informationen alle meine Fragen zur Durchführung und zu den Risiken der Kernspintomographie beantwortet worden sind.
Ich wurde darauf hingewiesen, dass ein zusätzliches, persönliches Aufklärungsgespräch mit einem Arzt möglich ist. (In jedem Fall kommt es zu einem persönlichen Arztgespräch nach der Untersuchung zum Mitteilen des Befundes).

❏ Ein solches Gespräch vor der Untersuchung halte ich für nicht erforderlich.

❏ In einem persönlichen Gespräch mit einem Arzt vor der Untersuchung sind meine weiteren Fragen vollständig beantwortet.

❏ **Ich stimme der Durchführung der MRT-Untersuchung zu.**

X

Datum / Uhrzeit	Unterschrift der/des Patientin/en bzw. des gesetzlichen Vertreters

Der / Die Patient/in hat mir dieses Aufklärungsmerkblatt ausgehändigt und versichert das Merkblatt gelesen, verstanden und selbst ausgefüllt zu haben.

Datum / Uhrzeit	Name und Unterschrift der/des MTA

Ärztliche Anmerkungen zum zusätzlichen persönlichen Aufklärungsgespräch:

Datum / Uhrzeit	Name und Unterschrift des Arztes