ZEMODI

ZENTRUM FÜR MODERNE DIAGNOSTIK

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Körpergröße/cm: _____ Körpergewicht/kg: _____

Beruf: _____

Aufklärungs- und Fragebogen für Patienten zur MRT-Untersuchung (Kernspintomographie)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen die Durchführung einer Kernspintomographie (MRT) empfohlen. Bei dieser Untersuchung werden keine Röntgenstrahlen oder radioaktive Substanzen zur Bilderstellung verwendet, sondern elektromagnetische Wellen in einem Magnetfeld. Bei dieser Methode wurde bisher keine schädigende Wirkung für den Patienten festgestellt.
Bei vielen Fragestellungen kann die Aussagefähigkeit der Untersuchung durch den Einsatz von Kontrastmittel noch verbessert werden. Dieses Kontrastmittel ist nicht jodhaltig, sehr gut verträglich und wird innerhalb weniger Stunden über den Urin wieder vollständig ausgeschieden. Schwere Reaktionen sind extrem selten. Trotzdem sind wir auf sofortige Notfallmaßnahmen eingestellt.
Vor der Untersuchung müssen Sie unbedingt alle magnetischen und metallischen Gegenstände ablegen (Uhr, Schmuck, Schlüssel, Münzen, Taschenmesser, Scheckkarten, Hörhilfe usw.)!
Wir bemühen uns stets vereinbarte Termine einzuhalten. Manchmal treten jedoch medizinische Notfälle auf, die dann zu Wartezeiten in der Praxis führen. Über eine Verzögerung im Ablauf werden Sie schnellstmöglich informiert und wir bitten um Ihr Verständnis. Danke vorab!

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Wurde bei Ihnen schon mal eine MRT- oder CT-Untersuchung durchgeführt? **[ ] ja** **[ ] nein**

   Falls ja, wann? _____ wo? _____ welches Organ? _____

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? **[ ] ja** **[ ] nein**
   Falls „ja" bitte umgehend dem Personal mitteilen, eine Untersuchung ist dann in der Regel nicht möglich!

3. Tragen Sie eine Insulin- oder Infusionspumpe oder einen Blutzucker-Sensor? **[ ] ja** **[ ] nein**

4. Befinden sich in Ihrem Körper Metallimplantate? **[ ] ja** **[ ] nein**
   (Metallclips, Herzklappe, Splitter, Implantat....)

5. Wurden Sie schon einmal operiert? **[ ] ja** **[ ] nein**

   Art der Operation/ welches Jahr _____

6. Frauen im gebärfähigen Alter, könnten Sie schwanger sein? **[ ] ja** **[ ] nein**

7. Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt? **[ ] ja** **[ ] nein**

8. Ist eine Nierenerkrankung bekannt? **[ ] ja** **[ ] nein**

9. Leiden Sie an Infektionserkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, Aids) **[ ] ja** **[ ] nein**

10. Leiden Sie unter „Platzangst" (Klaustrophobie)? **[ ] ja** **[ ] nein**

Falls „ja" bitte umgehend dem Personal mitteilen, damit wir entsprechende Vorbereitungen treffen können!

BITTE WENDEN!

Bitte behalten Sie diesen Fragebogen bis Sie aufgerufen werden:
Ihre Fragen werden vor der Untersuchung beantwortet!

Lose Metallgegenstände sind im MR-Raum strengstens verboten!

Einwilligung zur Kernspintomographie (MRT):

Mit der Untersuchung bin ich einverstanden	**[ ] ja**	**[ ] nein**
Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden (nicht jodhaltig)	**[ ] ja**	**[ ] nein**
Ich willige ein, dass meine Untersuchungsdaten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Studien und für die medizinische Aus- und Weiterbildung (z. B. Vorträge) verarbeitet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.	**[ ] ja**	**[ ] nein**
Ich willige ein, dass meine Untersuchungsdaten in anonymisierter Form an die Siemens Healthcare GmbH zum Zweck der Durchführung von Systemtests zur Verbesserung von MRT-Geräten und Befundungssoftware übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.	**[ ] ja**	**[ ] nein**

Im Rahmen der Umsetzung einer neuen europäischen Richtlinie (EURATOM) zur Überwachung des Einsatzes medizinischer Schnittbildverfahren, arbeiten wir mit Siemens als Anbieter einer Dosismanagement-Software zusammen.
Hierfür werden Ihre Patientendaten anonymisiert verarbeitet.
Die Verwendung dieser personenbezogenen, anonymisierten Daten erfolgt u.a. zur Überwachung und insbesondere zur Verringerung der Belastung in Verbindung mit bildgebenden Verfahren.

Datum ___/___/___ Unterschrift_____

Der Fragebogen wird Ihnen nach der Untersuchung zum Verbleib bei Ihren Unterlagen ausgehändigt!

Angaben überprüft durch: _____ Untersuchung durchgeführt von: _____