

Aufklärungsbogen Kernspintomographie (MRT)

MVZ-Betriebsgesellschaft GbR
Prielmayerstr. 1
80335 München

Name, Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Die bei Ihnen vorgesehene MRT-Untersuchung erfolgt **ohne Röntgenstrahlung** und ist an sich nicht belastend. Wir erzeugen Schnittbilder des menschlichen Körpers mit UKW-Wellen. Zur Untersuchung liegen Sie für ca. 20 bis 30 Minuten in einer langen Röhre in einem starken Magnetfeld. Sie werden während der Bilderzeugung ein lautes Klopfgeräusch hören, daher erhalten Sie einen Gehörschutz für die Dauer der Untersuchung. Sollten sich durch Operationen oder Unfälle Metallteile in Ihrem Körper befinden, könnte dies unter Umständen die Bildgebung beeinträchtigen oder in seltenen Fällen Sie gefährden. Auch ist für bestimmte Untersuchungen eine Medikamenten- oder Kontrastmittelgabe erforderlich (s.u.). Um die Risiken so gering wie möglich zu halten, beantworten Sie uns bitte die nachstehenden Fragen.

1. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht an: _____ cm _____ kg
2. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel bekommen? Ja Nein
Wenn ja, haben Sie das Kontrastmittel gut vertragen? Ja Nein
3. Sind bei Ihnen Allergien oder Nebenwirkungen bekannt? Ja Nein
Falls Sie einen Allergiepaß haben, legen Sie diesen bitte vor!
Allergien: _____
4. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? Ja Nein
(Nierenfunktionsstörung, Tumor, Nierensteine, Zustand nach OP)
5. Leiden Sie an erhöhtem Augeninnendruck? Ja Nein
6. Männer: leiden Sie an Prostatahyperplasie? Ja Nein
7. Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen? Ja Nein
8. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis, TBC, HIV, MRSA...) Ja Nein
9. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und woran? Ja Nein
OP's: _____
10. Sind Sie in Ihrem Beruf durch Metallsplitter gefährdet? Ja Nein
Beruf: _____
11. Besteht bei Ihnen eine Schädigung des Gehörs oder eine Schwerhörigkeit? Ja Nein
12. Leiden Sie unter Platzangst/Klaustrophobie (Angst vor Enge / enge Räumen)? Ja Nein
13. Nur für Frauen im gebärfähigem Alter: Ja Nein
Könnte bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft bestehen? ungewiß
Stillen Sie derzeit? Ja Nein
14. Wünschen Sie für den eigenen Bedarf eine weitere CD-ROM mit Bilddaten? (10,-€) Ja Nein

Vorhandenes bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Gelenkersatz |
| <input type="checkbox"/> Clips im Hirnbereich oder Bereich der Gefäße/Aorta | <input type="checkbox"/> Zahnersatz |
| <input type="checkbox"/> Neurostimulator (TENS-Einheit) | <input type="checkbox"/> Harrington-Stäbe |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Metallstifte in Knochen oder Gelenken |
| <input type="checkbox"/> Insulinpumpe | <input type="checkbox"/> Metallgitter oder Drahtnähte |
| <input type="checkbox"/> Elektroden | <input type="checkbox"/> Schrapnellteile, Splitterverletzungen, Metallsplitter in den Augen |
| <input type="checkbox"/> Shunt (z.B. Gehirn) | <input type="checkbox"/> Hörgeräte |
| <input type="checkbox"/> Gefäßprothesen/Stent | <input type="checkbox"/> Tätowierungen/ Permanent-Make-Up |
| <input type="checkbox"/> osteosynthetisch behandelte Knochenbrüche (Metallstäbe, -platten, -nadeln, Stäbe, Nägel, Clips) | <input type="checkbox"/> Cochlea-Implantate |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige Metallteile: |

Intravenöses Kontrastmittel: In manchen Fällen muss zur Untersuchung Kontrastmittel (Gadolinium-DTPA, in der Regel die Präparate Prohance® oder Multihance®) verabreicht werden. Diese Kontrastmittel sind sehr gut verträglich und werden über die Nieren ausgeschieden. Sie enthalten kein Jod. Allergische Reaktionen (z.B. Hitzegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Juckreiz, Hautausschlag, Atemnot) können auftreten und sind überwiegend leicht. **bitte wenden** →

Aufklärungsbogen Kernspintomographie (MRT)

MVZ-Betriebsgesellschaft GbR
Prielmayerstr. 1
80335 München

Buscopan bei Bauch-/Darmuntersuchungen: Bei Untersuchungen im Bauchraum treten u.U. Bildstörungen durch unwillkürliche Darmbewegungen auf. Diese wird durch eine intravenöse Gabe von 1 Ampulle Buscopan® (Butylscopolamin) reduziert. Da auch die Hell-Dunkel-Anpassung des Auges hierdurch für einige Stunden eingeschränkt ist, kann Ihre Blendempfindlichkeit erhöht sein und Sie dürfen nach der Untersuchung z.B. nicht am Straßenverkehr teilnehmen, keine Maschinen bedienen, nicht ohne sicheren Halt arbeiten, etc.

Sedierung bei Klaustrophobie: Falls Sie unter Platzangst leiden, besteht die Möglichkeit der Sedierung mittels Diazepam® (oder auch Dormicum®). Diese Medikamente verursachen Schläfrigkeit und setzen die Reaktionsfähigkeit herab. Unter folgenden Voraussetzungen können wir Ihnen eine Sedierung anbieten:

- Sie sind in Begleitung, die Sie nach der Untersuchung nach Hause bringt und ggf. betreut.
- Sie dürfen nach der Untersuchung nicht am Straßenverkehr teilnehmen, nicht ohne sicheren Halt arbeiten, keine Maschinen bedienen, sollten keine wichtigen Entscheidungen (z.B. Verträge) vornehmen, etc.

Prämedikation bei bekannter Kontrastmittelallergie: Bei einer bekannten Allergie gegen Gadolinium-haltige i.v. Kontrastmittel erfolgt in der Regel eine intravenöse Prämedikation (z.B. mit Tavegil® und H2-Blocker®) vor der Untersuchung um bereits die Entstehung allergischer Symptome zu verhindern. Müdigkeit und auch eine verzögerte Reaktionsfähigkeit sind häufige unerwünschte Nebenwirkungen dieser Medikamente. Nach einer solchen Prämedikation dürfen Sie nach der Untersuchung nicht am Straßenverkehr teilnehmen, nicht ohne sicheren Halt arbeiten, keine Maschinen bedienen, sollten keine wichtigen Entscheidungen (z.B. Verträge) vornehmen, etc.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass z.B. bei Unfällen unter Einfluss einer antiallergischen Medikation oder Sedierung kein Versicherungsschutz besteht!

Hinweis für Patientinnen: Bei einliegender Kupfer-Spirale, IUP, Scheidenpessar, Scheidendiaphragma, o.ä. wird nach der Untersuchung zur Sicherstellung der verhütenden Wirkung eine Kontrolle der korrekten Lage durch eine/n Gynäkologin/ Gynäkologen empfohlen.

Ich bin über den Ablauf und die aufgeführten Risiken der Kernspintomographie-Untersuchung sowie einer ggf. erforderlichen Kontrastmittelgabe aufgeklärt worden. Mir ist bekannt, dass Komplikationen auftreten können. Ich habe alle Fragen verstanden und nach bestem Wissen beantwortet. Alle mir bekannten metallischen Fremdkörper, Leiden, Allergien und Medikamenteneinnahmen habe ich genannt. Ich habe keine weiteren Fragen mehr und gebe hiermit meine Einwilligung zur Untersuchung **einschließlich** einer evtl. i.v.-Kontrastmittelgabe und/oder Medikamentengabe (s.o.).

München, den _____
Datum Unterschrift Patient / Betreuer / Dolmetscher / Erziehungsberechtigter

Einwilligungserklärung

Gemäß den Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB V) und der ärztlichen Schweigepflicht willige ich hiermit ein, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt des MVZ Elisenhof Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, sonstige medizinische Leistungserbringer) einholt und bei mir erhobene Befunde und Bilddaten im Bedarfsfall auch unverschlüsselt per E-Mail oder Fax an mich selbst und mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte übermitteln darf (Datenübermittlung). Mir ist bewusst, dass unverschlüsselte Emails unsicher und möglicherweise für Dritte einsehbar sind. Dies gilt auch für die Befundübermittlung an überweisende Hausärzte. Diese Einwilligung gilt für die aktuelle Untersuchung/Behandlung und kann jederzeit widerrufen werden

An folgende Personen dürfen, nach Identitätsprüfung, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name, Vorname Telefon Geburtsdatum oder Adresse

Name, Vorname Telefon Geburtsdatum oder Adresse

Ich habe jederzeit das Recht auf eine Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

München, den _____
Datum Unterschrift Patient / Betreuer / Dolmetscher / Erziehungsberechtigter

Arzt