

# Aufklärungsbogen Kernspintomografie

Name ..... Vorname .....

Straße ..... PLZ/Ort .....

Geburtsdatum ..... Telefon .....

Beruf ..... überweisender Arzt .....

Haben Sie schon einen Folgetermin beim überweisenden Arzt? Wann? .....

Private Krankenversicherung, welche? .....

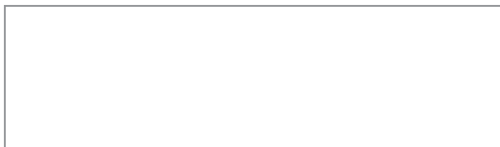
Gesetzliche Krankenversicherung, welche? .....

Arbeits-/Schulunfall .....

Waren Sie schon einmal bei uns? nein  ja  Wann? .....

## Informationen zur Kernspintomografie (MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,



die Untersuchung erfolgt mittels elektromagnetischer Wellen (Radiowellen) in einem Magnetfeld – ohne sog. Strahlenbelastung – und dauert ca. 20 Minuten. Mit diesem Verfahren werden bereits seit über 25 Jahren Untersuchungen durchgeführt. Bisher sind keine schädigenden Wirkungen festgestellt worden. Aus Sicherheitsgründen können jedoch bestimmte Patienten nicht untersucht werden. Deshalb bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen.

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhalten Sie eine Marcumar- oder ASS-Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Befinden sich in Ihrem Körper Implantate oder Teile aus Metall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, was? .....

Machen Sie uns bitte auch aufmerksam auf Tattoos im Untersuchungsbereich, Permanent-Make Up, transdermale Pflaster und Hörgeräte.

Wurden Sie schon an Kopf, Herz, Wirbelsäule oder in dem heute zu untersuchenden Bereich operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Was? ..... Wann? ..... Wo? .....

Leiden Sie an einer infektiösen Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche? .....

Leiden Sie an Nierenfunktionsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Leiden Sie an einer Unverträglichkeit von Medikamenten-/pflastern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche? .....

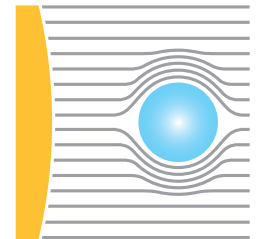
Sind bei Ihnen nach früheren Kontrastmitteluntersuchungen Nebenwirkungen aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche? .....

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche SSW .....

Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------



Ihr derzeitiges Körpergewicht? ca. .... kg      Ihre Körpergröße? ca. .... cm

**Welche Beschwerden haben Sie?**

.....  
.....  
.....



**Einwilligung zur Kernspintomografie mit Kontrastmittel**

Bei vielen Fragestellungen kann die Aussagefähigkeit der Kernspintomografie durch die Gabe von Kontrastmittel noch erheblich verbessert werden. Dieses Kontrastmittel (Gadoliniumkomplex, kein Jod) ist sehr gut verträglich. Schwere Unverträglichkeiten sind extrem selten.

Mit einer Kontrastmittelinjektion bin ich grundsätzlich einverstanden. ja  nein

> Bitte beachten Sie ...

**Deponieren Sie**

Uhren, Schmuck, andere Wertsachen, Scheck- oder Magnetkarten  
sowie elektronische Datenträger oder elektronische Geräte, Kugelschreiber  
und andere Metallteile (z.B. Münzen, Schlüssel)

**vor der Untersuchung in Ihrer Kabine.**

Etwa 30 Minuten nach der Untersuchung werden Ihnen die Aufnahmen nach dem Arztgespräch ausgehändigt. Bitte bleiben Sie bis dahin in der Praxis.

Wir bemühen uns stets vereinbarte Termine einzuhalten. Aber auch in unserer Praxis kann es Notfälle geben, die Verzögerungen hervorrufen können. Haben Sie in diesem Fall bitte Verständnis für eventuell entstehende Wartezeiten.

**Mit dem Versand meines Untersuchungsbefundes an mich und/oder an den/die auf Seite 1 angegebenen überweisenden Arzt/Ärzte per Fax/ggf. auf Wunsch per E-Mail bin ich einverstanden.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**Interne Vermerke**

Ankunft d. Pat .....			Beginn d. Untersuchung .....			Abschlussgespräch .....		
Seq.: Kommentare								
Positions-/Spulenwechsel			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Wiederholungssequenzen wg. Verwackeln			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			Puls-Oxymeter angelegt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Erhöhter Zeitaufwand wg. Platzangst			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
Kontrastmittelverbrauch: <b>KM Prohance</b> <input type="checkbox"/>			<b>Gadovist/Primovist</b> <input type="checkbox"/>			..... ml		
Medikamente/Materialverbrauch, <b>Begründung f. Gadovist/Primovist:</b>								
.....								
.....								
<input type="checkbox"/> MR-AVANTO			<input type="checkbox"/> MR-ESPREE			MTA-Kürzel .....		