



Kernspintomographie (MRT)

KM _____

Während der MRT liegen Sie in einer großen Magnetspule („Röhre“). Hierbei entstehen laute Klopferäusche, deshalb erhalten Sie von uns einen Gehörschutz. Die Untersuchung ist für Sie gefahrlos; Röntgenstrahlen werden hierbei nicht verwendet. Zur Vermeidung von Risiken für einen begrenzten Patientenkreis, bitten wir Sie das Formular vollständig auszufüllen.

Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Geb.-Datum: _____ Gewicht/Größe: _____

Adresse: _____

Bitte händigen Sie uns **Voraufnahmen sowie Arztberichte** von Voruntersuchungen **vor** Beginn der Untersuchung aus.

Bitte legen Sie **vor** der Untersuchung **alle losen Metallteile** wie z.B. Haarnadeln, Uhr, Kreditkarten etc. ab.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Könnten Sie schwanger sein?

Nein Ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher/
Defibrillator/Eventrecorder/ ein Cochleaimplantat oder
ein Medikamentenpumpe?

Nein Ja

Haben Sie eine künstliche Herzklappe?

Nein Ja Bitte Ausweis vorlegen

Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper?
(Granatsplitter, Prothesen, Gefäßclips, Herzklappen, etc.)

Nein Ja Seit wann _____

Wurde ein Aneurysma operiert?

Nein Ja Wann _____

Bei Tätowierungen oder Piercings kann es zu Irritationen
kommen. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig über
vorhandenes.

Sind Allergien auf Medikamente/ Kontrastmittel
bekannt?

Nein Ja Welche _____

Haben Sie eine Kupferspirale?

Nein Ja

Leiden Sie an Klaustrophobie?
(Beklemmungen in engen Räumen)?

Nein Ja

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?

Nierenerkrankung / Niereninsuffizienz?

Nein Ja

Hepatitis / HIV-Infektion?

Nein Ja

Herzschwäche?

Nein Ja

Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel
einverstanden?

Nein Ja

Kreatininwert mg/dl im Blut: _____

Bei **einigen** Fragestellungen ist es notwendig,
Kontrastmittel zu spritzen. Daher benötigen wir den
Kreatinin-Wert. Falls Sie ihn bei uns bestimmen lassen,
berechnen wir Ihnen hierfür einen Kostenbeitrag von
10€. In seltenen Fällen kann es durch das Kontrastmittel
zu leichten allergischen Reaktionen wie Unwohlsein und
Hautreaktionen kommen.

Sollten sie Übelkeit, Hautjucken, Niesreiz oder Luftnot

nach der Injektion bei sich feststellen, informieren Sie
bitte umgehend unser Personal, wir können sofort
entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten.

Im Anschluss an eine i.v. Kontrastmittelgabe sollten
Sie eine ausreichende Menge Flüssigkeit (mind. 1,5L
Wasser) trinken. Sollten Stunden oder Tage
nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken,
Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte
umgehend einen Arzt auf.

Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Meine behandlungsbezogenen Daten dürfen
bei anderen behandelnden Ärzten und
Leistungserbringern durch **die Radiologische
Gemeinschaftspraxis angefordert werden** (z.B.
Bilder, Kreatininwert etc.....).

Andere Ärzte (von Ihnen **nicht** ausdrücklich
benannt) dürfen Befunde, die **von der
Radiologischen Gemeinschaftspraxis** erstellt
wurden, anfordern.

Meine Befunde/Bilder dürfen auch an Dritte
**(Ehepartner/Lebensabschnittsgefährten/
Kinder)** ausgehändigt werden. Mir ist bewusst,
dass von berechtigten Dritten ein
Identitätsnachweis gefordert wird

Name der berechtigten Person:

Wir bitten Sie, das ausgehändigte Bildmaterial (CD) sorgsam
aufzubewahren, da wir bei einer Zweitausfertigung einen
Kostenbeitrag von 5€ erheben müssen.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass ich mit der
Durchführung der Untersuchung und der **Übermittlung**
meines Befundes an den **überweisenden Arzt** einver-
standen bin, inkl. der Weitergabe meiner **medizinischen
Daten** an die Ärztliche Stelle Hessen, KV Hessen,
Krankenkassen, BG und Med.-Dienst bei deren Anfragen.
Des Weiteren bestätige ich die Richtigkeit der auf dem
Anamnesebogen gemachten Angaben.

Datum _____

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten