



Datum _____ Kernspintomographie (MRT) ID _____ KM _____

Während der MRT liegen Sie in einer großen Magnetspule („Röhre“). Hierbei entstehen laute Klopfgeräusche, 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: _____ Krankenkasse: _____

Email-Adresse(bitte LESERLICH schreiben): _____

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:

Sind Sie Träger von einem/einer:

Herzschrittmacher/ Defibrillator Nein Ja

Cochlea-/Innenohrimplantat Nein Ja

Neurostimulator Nein Ja

Befinden sich Metallteile/Implantate in Ihrem Körper?
(Granatsplitter, Prothesen) Nein Ja

Künstliche Herzklappe Nein Ja

Gefäßprothese/Stents Nein Ja

Gefäßklips Nein Ja

Medikamentenpumpe Nein Ja

(Falls Ja bitte Ausweis vorlegen, fester Zahnersatz ist nicht von Bedeutung)

Bei Tätowierungen/Piercings/Kupferspirale/Diabetes-Messsensor kann es zu Irritationen kommen. Bitte informieren Sie uns **rechtzeitig** über vorhandenes.

Wurde das **heutige** zu untersuchende Körperteil bereits in einer **anderen** Einrichtung untersucht?

Röntgen – Wo? _____

CT – Wo? _____

MRT – Wo? _____

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

Nein Ja

Sind Allergien auf Medikamente/ Kontrastmittel bekannt?

Nein Ja Welche _____

Leiden Sie an Klaustrophobie?

(Beklemmungen in engen Räumen)?

Nein Ja

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?

Nierenerkrankung / Niereninsuffizienz?

Nein Ja

Hepatitis / HIV-Infektion?

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 Kreatininwert.

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 oder Hautjucken auftreten, suchen Sie bitte umgehend Ihren Hausarzt auf.

Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich bin einverstanden, dass die zur Befundung notwendigen Vorbefunde /Bilder/Blutwerte angefordert werden dürfen.

Ich bin mit der Weitergabe von Befunden/Bildern an die mich behandelnden Ärzte einverstanden.

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/Personen: _____

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** einverstanden 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.

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten