

Einverständniserklärung Magnetresonanztomographie (MRT)

Name: Vorname:

Geb.-Datum: Krankenkasse:

Körpergröße: (cm) Gewicht: (kg)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Kernspintomographie durchgeführt werden. Hierzu einige wichtige Informationen.



Magnetresonanztomographie – Was ist das?

Die Röhre eines MR-Tomographen enthält einen starken Elektromagneten, der das für die Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie nötige Magnetfeld erzeugt. Die Röhre ist vorne und hinten offen und ca. 120 cm lang, er bietet auch sehr kräftigen Menschen ausreichend Platz. Die Untersuchung erfolgt über Wechselwirkungen der Wasserstoffteilchen verschiedener Gewebe mit dem Magnetfeld. Die dabei verwendeten elektromagnetischen Radiowellen sind für den Menschen völlig unbedenklich, es ist keine Röntgenstrahlung erforderlich. Die MRT-Untersuchung ist grundsätzlich schmerzfrei, allerdings verursachen die Messungen während der Untersuchung ein lautes Klopfgeräusch.

Wann darf ich nicht ins MRT?

Herzschrittmacherträger dürfen prinzipiell nicht im MRT untersucht werden, da lebensgefährliche Fehlfunktionen auftreten könnten. Auch Patienten mit anderen eingebrachten elektrisch oder mechanisch aktiven Implantaten (z.B. Medikamentenpumpen, Neurostimulatoren, Cochleaimplantate) oder Metallsplintern (z.B. Granatsplinter) sollten nicht im Gerät untersucht werden. Die meisten künstlichen Herzklappen und viele andere Prothesen aus Edelmetallen sind unbedenklich. Wir bitten Sie jedoch, sämtliche Fremdkörper umseitig gewissenhaft anzugeben.

Was erwartet mich?

Die MRT-Röhre ist offen und hell beleuchtet. Während der Untersuchung stehen wir in Kontakt mit Ihnen. Wir sehen und hören Sie. Für dringende Notfälle gibt es eine Notfallklingel. Gegen die Geräuschbelästigung bekommen Sie einen Gehörschutz.

Wie verhalte ich mich im Gerät?

Für eine optimale Bildqualität ist eine ruhige Lage besonders wichtig. Bei einigen Untersuchungen ist es erforderlich, kurze Zeit die Luft anzuhalten. Bitte bleiben Sie möglichst still liegen und atmen Sie gleichmäßig und ruhig.

In einzelnen Fällen ist zusätzlich eine **Kontrastmittelgabe** erforderlich. In der Regel wird dieses intravenös verabreicht.

Das MRT Kontrastmittel hat eine hervorragende Verträglichkeit und enthält kein Jod. Allerdings kann es in seltenen Fällen, wie bei jedem Medikament, zu einer allergischen Reaktion kommen. Bitte teilen Sie uns eventuelle Allergien mit.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite gründlich und sorgfältig, damit wir eine mögliche Gefährdung in jedem Fall vermeiden können.

BITTE WENDEN



Hans-Timm Grabow
 MRT – CT – Röntgen
 42853 Remscheid
 ☎ 02191 – 56 58 198
 radiologie.de

– Facharzt für diagnostische Radiologie
 – Alleestraße 72 –

email: info@allee-radiologie.de

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Wurden Sie schon einmal in dieser Praxis untersucht? Ja Nein

Sind Sie Träger eines **Herzschrittmachers, Defibrillators oder Eventrecorders?** Ja Nein

Wenn ja, melden Sie sich bitte sofort an der Anmeldung!

Sind Sie Träger anderer elektrisch aktiver Implantate? Ja Nein
 (z.B. Medikamentenpumpe, Neurostimulation, TENS, Knochenwachstumsstimulator, Cochleaimplantate, künstliche Herzklappen, sonstiges)

Schuß- oder Granatsplitterverletzungen, Metallsplitterverletzungen der Augen? Sonstiges Metall im Körper bekannt (künstliches Gelenk, Nägel, Schrauben, Prothesen)? Ja Nein

Frühere MRT- oder CT Untersuchungen, bezogen auf den heutigen Untersuchungsbereich: Ja Nein
 Wenn ja, wann und wo?

Bestehen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, andere)?..... Ja Nein

Bestehen Leber-, Nieren- oder Bluterkrankungen? Ja Nein
 Wenn ja, welche.....

Haben Sie eine Lungenerkrankung (z.B. Asthma, Emphysem)? Ja Nein

Neigen Sie zu Angst in engen Räumen? Ja Nein

Sind Allergien bekannt? Ja Nein

Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden, falls erforderlich? Ja Nein

Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft?** (welcher Monat?.....) Ja Nein

Bitte beachten Sie, dass Metallgegenstände vom Magneten angezogen werden können. Außerdem verursachen sie Bildstörungen. Sie sollten deshalb sorgfältig alle **losen Metallteile** (wie Schmuck, Haarklammern, Piercings, Schlüssel, Geldstücke und Portemonnaie) **ablegen** und in der Umkleidekabine deponieren. Beachten Sie außerdem bitte, daß Scheckkarten, Musik- oder Videokassetten, **Parkkarten**, usw. im Magneten **unwiderruflich gelöscht** werden und nicht mehr funktionsfähig sind. **Uhren und Hörgeräte** werden vom Magneten **zerstört**, müssen außerhalb des Untersuchungsraumes bleiben.

Wenn Sie noch Fragen zur Untersuchung haben, oder wenn Ihnen Einzelheiten des Informationsblattes unklar geblieben sind, wenden Sie sich bitte an das Praxisteam.

Ich habe den Inhalt dieses Aufklärungsblattes verstanden.

Ich habe keine weiteren Fragen zur geplanten Untersuchung. Ich erkläre mich mit der Durchführung einverstanden und verzichte auf die gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit.

Ich bin einverstanden, dass die Braunüle (falls erforderlich) durch med. Assistenzpersonal gelegt wird.

Datum

Unterschrift Patient

 gesetzlicher Vertreter



Hans-Timm Grabow
MRT – CT – Röntgen
42853 Remscheid
☎ 02191 – 56 58 198
radiologie.de

– Facharzt für diagnostische Radiologie
– Alleestraße 72

email: info@allee-radiologie.de

Name: Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Anamnesebogen Kopf:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Untersuchung Ihres Kopfes überwiesen.
Zur optimalen Planung der Untersuchung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Welche Beschwerden machen die Untersuchung erforderlich? (Stichpunkte)

.....
.....

In welchem Bereich des Kopfes sind die Beschwerden am stärksten (vorne/oben/hinten/ seitlich / hinter den Augen....)?

.....
.....

Bei welcher Bewegung / Tätigkeit / zu welcher Tageszeit treten die Beschwerden hauptsächlich auf? (oder ständig?)

.....
.....

Seit wann haben Sie Beschwerden?TageWochenMonateJahre

Ist bei Ihnen eine Migräne bekannt? Nein Ja

Leiden Sie unter Bluthochdruck? Nein Ja

Traten bereits einmal neurologische Ausfallerscheinungen auf (z.B. Sehstörungen, Riechstörungen, Schwindel, Lähmungen...)?
Nein Ja

.....

Ist bei Ihnen eine Entzündung bekannt (z.B. MS oder Borreliose)? Nein Ja

Hatten Sie einen Unfall oder eine Verletzung? Nein Ja

Wann?

Besteht ein oder bestand eine Krebserkrankung? Nein Ja

Welcher Art?

Sind Sie bereits am Kopf operiert worden? Nein Ja

Wann und wo?Voraufnahmen?

Ist bei Ihnen schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt worden? Nein Ja



Hans-Timm Grabow –
MRT – CT – Röntgen –
www.allee-radiologie.de

Facharzt für diagnostische Radiologie
Alleestraße 72 - 42853 Remscheid
email: info@allee-radiologie.de

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Einwilligungserklärung zur Befundübermittlung

Gemäß §73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit ein, dass meine Befunde bei anderen Leistungserbringern einholt werden dürfen und bei mir erhobene Befunde meinen behandelnden Ärzten übermittelt werden dürfen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich und richten uns nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes.

Datum und Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter