

Magnetresonanz-Tomographie (MRT) - Aufklärungsbogen

Untersuchungsregion: _____

Wurden Sie in diesem Bereich operiert? (Wann? Wo? Was?) ja nein

Hatten Sie in diesem Bereich einen Unfall? (Wann? Wo? Was?) ja nein

Sicherheitsbezogene Fragen vor der MRT-Untersuchung:

Herzschrittmacher: ja nein

Event-Recorder: ja nein

Künstl. Herzklappe: ja nein

Neurostimulator: ja nein

Hörgerät: ja nein

Cochlea-Impl.: ja nein

Insulinpumpe: ja nein

Schmerz-Pumpe: ja nein

Platzangst: ja nein

Schwangerschaft ja nein

Tätowierung ja nein

Piercings ja nein

Andere Metallteile (z.B.: Gefäß-Clips, Metallsplitter, Gelenk-Prothese, magnet. Zahnimplantate, etc.):

Infektionen (z.B. HIV, Hepatitis): ja /nein : _____

Einwilligungserklärung

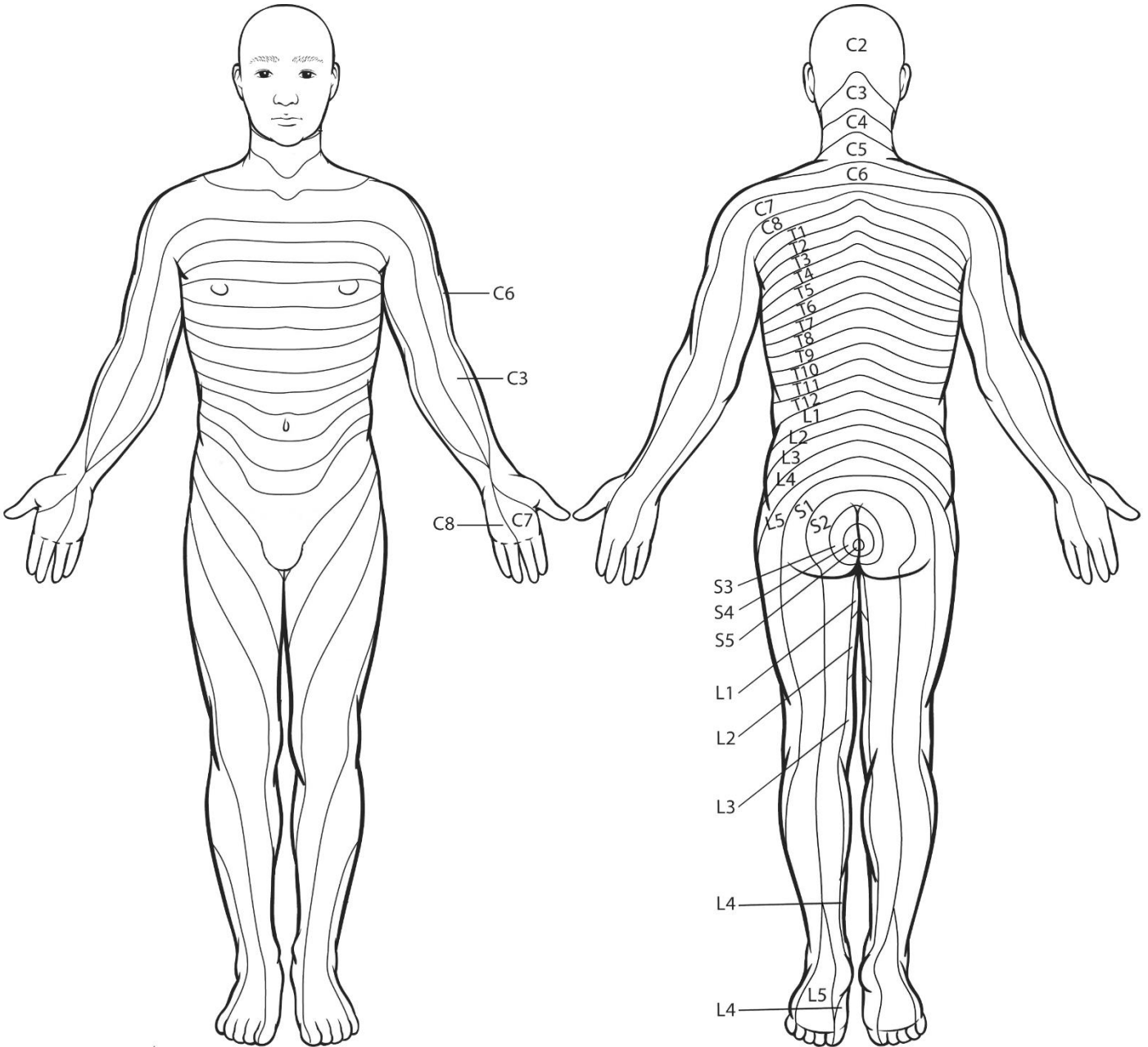
Ich bin mit der Untersuchung einverstanden. Alle Antworten auf die o.g. sicherheitsbezogenen Fragen zur MRT-Untersuchung entsprechen den Tatsachen, bzw. meinem derzeitigen Kenntnisstand. Metallteile wie Insulinpumpe oder auch Hörgerät und Chipkarten habe ich abgelegt. Mit einer möglicherweise notwendigen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden. Über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen der Untersuchung bzw. der intravenösen Kontrastmittel-Gabe bin ich aufgeklärt worden, bzw. alle zusätzlich bestehenden, eigenen Fragen wurden vollumfänglich geklärt. Ich bin darüber belehrt worden, dass nach einer eventuellen Injektion eines Beruhigungsmittels wegen Platzangst für mindestens 24 Stunden Fahrtüchtigkeit besteht, das Bedienen schwerer bzw. gefährlicherer Geräte oder Maschinen sowie Tätigkeiten in großer Höhe verboten sind. Mir ist bekannt, dass mir eine Kopie dieses Aufklärungsprotokolls zusteht. Dieses kann mir sofort nach Untersuchungsende oder auch jederzeit zu einem späteren Zeitpunkt auf Anforderung ausgehändigt werden. Dazu wird das Protokoll im Original in unveränderlicher Form in der Praxis abgespeichert.

Unterschrift **Patient**

Unterschrift **Arzt**

bitte wenden →

Wo treten die Beschwerden bevorzugt auf (bitte genau in möglichst vielen Skizzen einzeichnen):



Medizinische Anmerkungen (nur von Untersucher und Arzt auszufüllen):
