

Radiologische Gemeinschaftspraxis Ludwigsburg

Dres.med. Roos, Schmidt, Wunsch, Eckert, Kleinholz, Magel, Schmid, Abele, Pollmann

Aufklärung zur Kernspintomographie

Name: _____ , geb. _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen soll eine Kernspintomografie durchgeführt werden. Obwohl nach allen bisherigen Erkenntnissen keine schädigenden Wirkungen auf den Körper bekannt sind, ist die Untersuchung bei einem bestimmten Personenkreis nicht anwendbar. Wir bitten Sie daher, folgende Fragen zu beantworten:

- | | | | | |
|--|----|-----------------------|------|-----------------------|
| Sind Sie am Gehirn, Herz, Ohr oder Auge operiert? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, was wurde operiert: | | | | |
| Ist eine Krebserkrankung bekannt? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, einer künstl. Herzklappe oder einer Insulin-oder Schmerzmittelpumpe? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Befinden sich Metalle in ihrem Körper (z.B. Stents, Metallprothesen, Gefäßclips, Metallsplitter, o.ä.) | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Sind Sie schwanger? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Stillen Sie? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Sind bei Ihnen allergische Reaktionen (v.a. gegen Kontrastmittel bekannt? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Leiden Sie an Heuschnupfen oder Asthma? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Ist eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Tragen Sie Tätowierungen am Körper? | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Bestehen ansteckende Krankheiten (z.B. AIDS, Hepatitis,.....) | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |
| Ich bin mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden (s.unten) | Ja | <input type="radio"/> | Nein | <input type="radio"/> |

Typische Risiken und Nebenwirkungen einer Kontrastmittelgabe:

Die verwendeten Kontrastmittel sind generell sehr gut verträglich. Harmlose Reaktionen sind selten(<1:1000). Schwerwiegende Reaktionen bis hin zu einem lebensbedrohlichen Schockzustand sind sehr selten(<1:10.000).Andererseits kann der Verzicht auf eine notwendige Kontrastmittelgabe die Erkennbarkeit eventueller krankhafter Veränderungen oder deren Bewertung erschweren oder unmöglich machen. Für die Gabe der Kontrastflüssigkeit ist eine einfache Venenpunktion am Arm erforderlich. In Einzelfällen kann es hierbei zu Verletzungen von Nerven oder einer Armschlagader mit teilweise andauernder Schädigung kommen.

Ihre Größe : _____ Ihr Gewicht: _____

Ich wünsche eine Kopie dieser Aufklärung für meine Unterlagen ja nein _____
Unterschrift

XX

Angaben zum Datenschutz:

Ich bin einverstanden, dass zur Befundung notwendigen Vorbefunde /Bilder angefordert werden dürfen: ja nein

Ich bin mit der Weitergabe von Befunden/Bildern an die mich behandelnden Ärzte einverstanden : ja nein

Ich bin mit der Versendung der Befunde an behandelnde Ärzte auch per Fax einverstanden: ja nein

Ich bin mit der Befundspeicherung in meiner elektronischen Patientenakte einverstanden ja nein

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ludwigsburg, _____ Unterschrift Patient _____

Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, bei Stichproben zur Qualitätsprüfung ihre Daten auf Verlangen uneingeschränkt der Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln. Es kann sein, dass auch ihr Behandlungsfall darunter ist.