

# Radiologische Gemeinschaftspraxis Ludwigsburg Dres.med. Eckert, Kleinholz, Schmid, Abele, Pollmann, Haubenreisser, Kurz

## Aufklärung zur Kernspintomographie (MRT)

**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 dieses Aufklärungsbogens ja  nein

### 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 mich behandelnde Ärzte einverstanden : ja  nein

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

Wenn Sie die elektronische Patientenakte nutzen:

Ich bin mit der Übertragung meines Befundes in meine elektronische Patientenakte einverstanden ja  nein

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

Ort: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

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