

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

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 (ePA) nutzen:

Wir sind verpflichtet, unseren Befund in Ihre ePA zu kopieren. Sie haben das Recht, dem zu widersprechen.

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 Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln. Es kann sein, dass auch ihr Behandlungsfall darunter ist.