| K_QM_2.1.1 | |
|---|---|
| Formular | |
| **Aufklärungs – und Fragebogen MRT** | Version: 1.0 |

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Gewicht: _____kg

| Beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen: | Ja | Nein |
|---|---|---|
| – Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder andere elektrische Geräte wie z.B. Insulinpumpe, Hörgeräte, Schmerzpumpe, Neurostimulatur? | ☐ | ☐ |
| – Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper wie z.B. Stents, Implantate, Granatsplitter, Spirale? Falls ja, lassen Sie die Spirale von Ihrem Gynäkologen überprüfen. | ☐ | ☐ |
| – Haben Sie Tätowierungen, Piercings oder Permanent-Makeup? | ☐ | ☐ |
| – Sind oder waren die Krebspatient/in? | ☐ | ☐ |
| – Leiden Sie unter Platzangst? | ☐ | ☐ |
| – Wurden Sie an Kopf-/Herz oder Blutgefäßen operiert? | ☐ | ☐ |
| – Hatten Sie eine Augenoperation, welche durch einen metallischen Gegenstand hervorgerufen wurde? | ☐ | ☐ |
| – Haben Sie ansteckende Erkrankungen wie Hepatitis, HIV/AIDS? Wenn ja, welche? _____ | ☐ | ☐ |
| – Welches Körperteil wird heute untersucht? _____ | | |
| – Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? _____ | | |
| – Hatten Sie am heute zu untersuchenden Körperteil einen Unfall? Wenn ja, wann? _____ | ☐ | ☐ |
| Wurde eine OP durchgeführt? | ☐ | ☐ |
| Wenn ja, wann war die OP? _____ Welches Körperteil? _____ | | |
| – Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | ☐ | ☐ |
| – Stillen Sie? | ☐ | ☐ |
| – Ist Ihre Nierenfunktion eingeschränkt oder sind Ihre Kreatinwerte erhöht? | ☐ | ☐ |
| – Sind Sie ggf. mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? | ☐ | ☐ |

Aufklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Magnetresonanztomografie stellt eine der modernsten Entwicklungen in der diagnostischen Radiologie dar. Die MRT-Technik beruht auf der Verwendung eines starken Magneten und benötigt keine Röntgenstrahlen. Mittels ungefährlicher Radiowellen werden Aufnahmen von Abschnitten Ihres Körpers erzeugt. Anhand dieser Aufnahmen ist es möglich, krankhafte Veränderungen diagnostiziert werden.

Während der Kernspinuntersuchung, welche ca. 20-40 Minuten dauert, werden Sie auf einer fahrbaren Liege in eine beleuchtete offene Röhre positioniert. Die Untersuchung ist schmerzfrei. Die Erzeugung von Radiowellen verursacht allerdings laute Brumm – oder Klopfgeräusche. Daher bekommen Sie von uns auf Wunsch einen Gehörschutz.

Sollte eine Kontrastmittelgabe notwendig sein, handelt es sich hierbei um ein speziell für die Kernspinuntersuchung entwickeltes paramagnetisches Kontrastmittel, welches i.d.R. sehr gut verträglich und nicht jodhaltig ist.

Wichtig:

Bevor Sie den Untersuchungsraum betreten, legen Sie bitte folgende Gegenstände ab:

Scheckkarten oder andere Magnetstreifenkarten, Armbanduhren, Schmuck, Brille, Schlüssel, Geldmünzen, Geldbörse, Kugelschreiber, Ohrringe, Haarspangen, Feuerzeug, Hörgeräte, Zahnprothesen, Gürtel und andere Kleidungsstücke mit Metallteilen.

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich in die geplante Untersuchung ein.

Ich versichere, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß, vollständig und sorgfältig beantwortet habe.

Baden-Baden, den _____ _____

Datum Unterschrift ggf. Erziehungsberechtigte