

### Patientenaufklärung zur Kernspintomographie

**Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient!** – Bitte lesen Sie die Ihnen überreichten Informationsblätter genau durch. Um Risiken zu vermeiden, darf ein bestimmter Personenkreis nicht oder nur unter bestimmten Vorsichtsmaßnahmen untersucht werden. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiter.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Größe & Gewicht \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Telefon- oder Handynummer \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt/ Hausarzt \_\_\_\_\_

#### Zutreffendes bitte ankreuzen

• Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Sind Sie schwanger oder vermuten Sie schwanger zu sein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Stillen Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Wurden Sie, <b>passend zur heutigen Untersuchung</b> , schon einmal operiert? Wenn ja, wann? _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Befinden sich in oder an Ihrem Körper <b>Metallteile</b> ? – z.B. nach Operationen, Herzklappen, Katheter, Pumpen, Clips, Stents, Prothesen, Stimulatoren, Hörgeräte usw.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Sind Sie an einem <b>Aneurysma</b> , einer <b>Gefäßerweiterung</b> , operiert worden? Oder haben Sie <b>Metallclips nach Gefäßoperationen</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Ist bei Ihnen eine <b>Krebserkrankung</b> bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Sind bei Ihnen <b>Infektionskrankheiten</b> bekannt? – z.B. Hepatitis, HIV, andere Infektionen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

#### Fragen zum Kontrastmittel

• Sind Sie mit der <b>Gabe von Kontrastmittel</b> einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Ist es bei Ihnen bei früheren <b>Kontrastmitteluntersuchungen</b> zu einer <b>Unverträglichkeit</b> oder einer <b>allergischen Reaktion</b> gekommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Sind bei Ihnen <b>Allergien</b> bekannt? – z.B. Asthma Heuschnupfen, Medikamente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
• Besteht bei Ihnen eine Nierenerkrankung mit <b>Einschränkung der Nierenfunktion</b> ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Die Untersuchungsergebnisse können in vielen Fällen durch die Gabe von speziellem Kernspintomographie-Kontrastmittel deutlich verbessert werden. Ernste Komplikationen, wie z.B. allergische Reaktionen, treten durch diese Kontrastmittel noch viel seltener als bei den Röntgen-Kontrastmitteln auf. Diese Kontrastmittel werden ebenfalls in eine Armvene gespritzt, mit Beeinträchtigungen ist, wie schon erwähnt, in der Regel nicht zu rechnen. In ganz seltenen Fällen können aber doch einmal allergische Reaktionen auftreten. Dies verpflichtet uns, Sie über die äußerst seltenen, **aber möglichen Nebenwirkungen** zu informieren, die da sind: 1. Bitterer Geschmack auf der Zunge. 2. Flüchtiger Hautausschlag, evtl. mit Juckreiz. 3. Extrem selten: Kreislauf- und/ oder Atemreaktionen, die hier aber genannt werden müssen. **Mit Ihrer Unterschrift bescheinigen Sie, dass Sie über mögliche Komplikationen aufgeklärt worden sind. Falls Sie noch Fragen haben, stellen Sie diese bitte vor der Untersuchung.** Sollten Sie während der Untersuchung eine Unverträglichkeitsreaktion bemerken, teilen Sie uns dies bitte umgehend mit.

Vom Personal auszufüllen: Kreatinin: \_\_\_\_\_ GFR: \_\_\_\_\_ Ch.B.: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden**

**Um Ihre Untersuchung besser planen zu können, benötigen wir noch zusätzliche genauere Angaben**

Seit wann und wo/ auf welcher Seite haben Sie Beschwerden?	_____	Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/>
Wann/ in welcher Situation/ bei welcher Aktivität haben Sie Beschwerden? – z.B. liegen, stehen, laufen	_____ _____ _____	-
Ist ein Unfall passiert? – z.B. gestürzt, umgeknickt, verhoben	_____ _____ _____	Wann? _____
Wurde bei Ihnen, <b>passend zur heutigen Untersuchung</b> , ein MRT/ CT oder Röntgen angefertigt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wann? _____ Wo? _____

Metallteile jeglicher Art können während der Untersuchung Unfälle verursachen. Legen Sie **deshalb vor Betreten des Untersuchungsraumes in Ihrer Kabine** alle Metallteile ab – z.B. Hörgeräte, Schmuck, Checkkarten, Metallteile an Kleidung, am Haar/ Haarsersatz, Hartgeld, Schlüssel, Feuerzeuge, Kugelschreiber und alle sonstigen Metallteile.

**Bestätigung über den Erhalt bzw. die Kenntnisnahme der Datenschutzhinweise zu Verarbeitung von Patientendaten**

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V erkläre ich mich einverstanden, dass die Ärzte des Zentrums für Radiologie und Nuklearmedizin Wetterau erforderlichenfalls meine Untersuchungsergebnisse gemeinsam auswerten und bei Bedarf auswärtig erhobene ärztliche Untersuchungsergebnisse anfordern und einbeziehen. Die bei mir erhobenen Befunde dürfen meinen behandelnden Ärzten auf dem Postwege oder auch mit elektronischen Medien übermittelt werden. Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt. Mit ihrer Unterschrift willigen Sie in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO/BDSG und unseren Datenschutzhinweisen ein.

Ich habe die Ausführungen gelesen, verstanden und habe keine weiteren Fragen. Ich bin mir bewusst, dass durch Notfallpatienten Verzögerungen bei fest vereinbarten Terminen auftreten können und ich keinerlei Schadenersatzansprüche wegen anfallender Wartezeiten geltend machen kann.

**Dieses Aufklärungsblatt wird Ihnen nach Abschluss der Untersuchung automatisch ausgehändigt. Wir bewahren eine Kopie davon in Ihrer Patientenakte auf.**

\_\_\_\_\_  
**Ort und Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Patienten / ggf. Erziehungsberechtigten**