



Aufklärung zur Kernspintomographie mit Kontrastmittel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Angehörige,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bitte lesen Sie den überreichten Bogen genau durch und beantworten Sie alle Fragen. Wenden Sie sich bei Unklarheiten bitte an unsere Mitarbeiter. Sollten Sie Fragen zum Ablauf haben, stellen Sie diese bitte vor der Untersuchung.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Hausarzt _____

Befinden sich in oder an Ihrem Körper Metallteile, wie Herzklappen, Granatsplitter, Piercings oder Skin diver, Katheter, Clips, Stents, Endoprothesen, Hörgeräte

oder andere (_____) ? Ja Nein

Wenn ja, kreisen Sie Zutreffendes bitte ein.

Seit wann? _____ Wo? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Sind Sie schwanger oder vermuten Sie schwanger zu sein? Ja Nein

Stillen Sie? Ja Nein

Leiden Sie an Infektionskrankheiten wie Hepatitis, HIV oder anderen?

Wenn ja, an welchen/welcher? _____ Ja Nein

Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie technische Implantate, wie Defibrillator, Insulinpumpe, Diabetessensor, Cochleaimplantate

oder andere (_____) ? Ja Nein

Wenn ja, kreisen Sie Zutreffendes bitte ein.

Metallteile jeglicher Art können Sie und unsere Mitarbeiter während der Untersuchung verletzen, da der gesamte Untersuchungsraum magnetisch ist. Legen Sie deshalb noch vor Betreten des Untersuchungsraumes in der Kabine alle Metallteile ab! Dazu zählen: Hörgeräte, Schmuck, Metallteile an Kleidung und Haar/Haarsersatz, Hartgeld, Scheckkarten, Schlüssel, Feuerzeuge, Kugelschreiber, Mobiltelefone und sonstige Metallteile.

Um Ihre Untersuchung besser planen zu können, benötigen wir auf der nächsten Seite genauere Angaben.

Bitte wenden!

Auf welcher Seite befinden sich Ihre Schmerzen/Beschwerden?

Links Rechts Beidseits

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden/den Grund Ihres heutigen Besuches bei uns:

Wann bzw. in welcher Situation/bei welcher Aktivität haben Sie die Beschwerden?

(z.B. Gehen, Stehen, Liegen, Sitzen, etc.)

Wie kam es zu den Beschwerden?

(z.B. plötzlich ohne vermeintlichen Auslöser, umgeknickt, gestürzt, verhoben, ausgerutscht, etc.)

Hatten Sie einen Unfall?

Ja Nein

Wenn ja, wann und welche Art von Unfall?

Wurden Sie bereits, passend zur heutigen Untersuchung, operiert?

Ja Nein

Wenn ja, wann und welche Operation(en) wurde(n) durchgeführt?

Gibt es, passend zur heutigen Untersuchung, Voraufnahmen?

Ja Nein

(z.B. MRT, CT oder Röntgenaufnahmen) Wenn ja, wann und wo wurden diese angefertigt?

Bei bestimmten Verdachtsdiagnosen/Untersuchungsanforderungen empfiehlt es sich ein spezielles Kernspintomographie-Kontrastmittel zu nutzen mit dessen Hilfe sich Strukturen und Funktionen des Körpers deutlicher darstellen und besser untersuchen lassen. Das Mittel wird von uns durch eine Injektion in die Armvene gegeben. Nach der Gabe können Sie gewohnt Ihrer Arbeit nachgehen und ein Kraftfahrzeug führen. Komplikationen (wie z.B. bitterer Geschmack auf der Zunge, Übelkeit, Erbrechen, Hautausschläge evtl. mit Juckreiz, extrem selten Kreislauf- oder Atemreaktionen) treten durch diese Kontrastmittel sehr selten auf. Für diese Notfälle ist unsere Praxis selbstverständlich vorbereitet. Alle Mitarbeiter sind notfallmedizinisch ausgebildet. Sollten Sie während der Untersuchung eine Unverträglichkeitsreaktion bemerken, teilen Sie uns diese umgehend mit.

Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden?

Ja Nein

Hatten Sie je nach der Gabe von Kontrastmitteln Unverträglichkeiten?

Ja Nein

Haben Sie eine Krankheit mit Einschränkung der Nierenfunktion?

Ja Nein

Sind bei Ihnen Allergien (z.B. Pflaster, Medikamente) bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ich habe die Ausführungen gelesen, verstanden und habe keine weiteren Fragen. Über mögliche Komplikationen wurde ich aufgeklärt. Mir ist bewusst, dass durch Notfallpatienten Verzögerungen bei fest vereinbarten Terminen auftreten können und ich keinerlei Schadensersatzansprüche wegen anfallender Wartezeiten geltend machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in | gesetzliche/r Vertreter/in