

Patientenaufklärung zur Kernspintomographie mit Kontrastmittel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte lesen Sie den Anamnesebogen und 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 _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Telefonnummer: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

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

Stillen Sie? Ja Nein

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten? (Hepatitis, HIV, anderes?) Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja Nein

Tragen Sie andere technische Geräte im Körper? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Befinden sich in oder an Ihrem Körper Metallteile? Ja Nein

wenn ja, **Passendes** bitte **einkreisen**: Herzklappen, Granatsplitter Katheter, Pumpen, Clips, Stents, Prothesen, Hörgeräte, anderes: _____

seit wann? _____ wo? _____

Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt? Ja Nein

Fragen zur Gabe von speziellem Kernspintomographie-Kontrastmittel

Kontrastmittel sind Arzneimittel, mit deren Hilfe sich Strukturen und Funktionen des Körpers, sowie Untersuchungsergebnisse deutlicher darstellen und besser untersuchen lassen. Das Mittel wird von uns durch eine Injektion in die Armvene gegeben. 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 die Praxis selbstverständlich bestens vorbereitet und alle Mitarbeiter sind notfallmedizinisch ausgebildet.

Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel einverstanden? Ja* Nein

Haben Sie je nach der Gabe von Kontrastmittel Unverträglichkeiten gezeigt? Ja Nein

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

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Nierenerkrankung mit Einschränkung der Nierenfunktion? Ja Nein

Um Ihre Untersuchung besser planen zu können, benötigen wir genauere Angaben:

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

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Wann bzw. in welcher Situation / bei welcher Aktivität haben Sie die Beschwerden?
(z.B. Gehen, Stehen, in Ruhe)

Wie kam es zu den Beschwerden? (z.B. umgeknickt, gestürzt, verdreht, etc.)

Hatten Sie einen Unfall? Ja Nein
Wenn ja, wann und welche Art von Unfall ist passiert ?

Wurden Sie passend zur heutigen Untersuchung schon einmal operiert? Ja Nein
Wenn ja, wann? Welche Operation wurde durchgeführt?

Gibt es, passend zur heutigen Untersuchung, Voraufnahmen ? Ja Nein
(z.B. MRT, CT oder Röntgen)
Wenn ja, wann und wo? _____

Bitte beachten Sie:

Metallteile jeglicher Art können Sie und unsere Mitarbeiter während der Untersuchung verletzen,
da der komplette Untersuchungsraum magnetisch ist.

Legen Sie deshalb noch **vor Betreten des Untersuchungsraumes** in der Kabine **alle Metallteile ab!**
Dazu zählen Hörgeräte, Schmuck, Scheckkarten, Metallteile an Kleidung, am Haar / Haarersatz, Hartgeld,
Schlüssel, Feuerzeuge, Kugelschreiber und sonstige Metallteile.

***Mit Ihrer Unterschrift bescheinigen Sie, dass Sie über mögliche Komplikationen aufgeklärt wurden.
Falls Sie noch Fragen haben sollten, stellen Sie diese bitte vor der Untersuchung.
Sollten Sie während der Untersuchung eine Unverträglichkeitsreaktion bemerken, teilen Sie uns diese
bitte umgehend mit.**

Ich habe die Ausführungen gelesen, verstanden und habe keine weiteren Fragen. 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 Patientin / Patient
ggf. gesetzlicher Vertreter