

Pat. Nr.: _____
 MR - _____
 MRT gefahren von _____
 I.V.-Injektion : ja nein
 durchgeführt von _____
 Untersuchungsdatum _____
 Arzt.: _____ Faktor _____

Nachname: _____
Vorname: _____
Geb.- Datum: _____
Tel.-Nummer: _____
Anschrift: _____
Krankenkasse: _____
Körpergröße _____ **cm** - **Körpergewicht** _____ **kg**
Befundbericht an _____

! Für Herzschrittmacherträger ist diese Untersuchung nicht möglich !

-sch-

Beschwerden

	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine Medikamentenpumpe oder Hörgeräte?		
Sind Sie am Herz, Kopf, innere Organe oder Innenohr operiert?		
Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?		
Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile (z.B. Knie-/ Hüftprothesen, OP-Clips, Metall oder Granatsplitter)?		
Könnten metallische Fremdkörper im Auge sein?		
Befinden sich an Ihrem Körper Sonden (EKG o. ä.)?		
Sind Sie tätowiert oder haben Sie Piercings, anderen Körperschmuck unter der Haut?		
Haben Sie eine ansteckende Blutkrankheit (z.B. HIV, Hepatitis), wenn ja, welche:		
Haben Sie Allergien?		
Besteht eine Einschränkung der Nierenfunktion?		
Nur für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie?	/	

Vor der Untersuchung: Da Metallteile im Magnetfeld gefährlich sind oder die Bildqualität stören, müssen Sie vor Betreten des Untersuchungsraumes folgende Gegenstände unbedingt ablegen:

- > Geldbeutel – (Scheckkarten, bzw. Magnetkarten werden im Magnetfeld gelöscht)
- > Schmuck, Uhr, Gürtel, BH und andere lose Teile (Kleingeld)
- > Brille, Hörgeräte oder herausnehmbare Zahnteile

Während der Untersuchung liegen Sie in einer vorne und hinten geöffneten Röhre. Durch Kamera und Mikrofon stehen Sie im Kontakt zum Personal. Zudem erhalten Sie vor Beginn der Untersuchung einen Notfall-Ball, welchen Sie bei Bedarf / im Notfall auslösen können. Da das Gerät laute Geräusche während der Untersuchung erzeugt, erhalten Sie Ohrstöpsel oder einen Kopfhörer.

Falls eine **Kontrastmittelgabe** erforderlich ist, wird diese über einen venösen Zugang verabreicht. Allergische Reaktionen, z.B. Übelkeit und Erbrechen, Haut- und Schleimhautschwellungen sind selten. Auch allergische Herz-/Kreislaufreaktionen sind sehr selten und können behandelt werden. Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Erklärung über die Einwilligung: Nach gründlicher Überlegung willige ich in die Kernspintomographie der / des _____ (Körperregion) ggf. einschließlich Kontrastmittel ein.

Gemäß § 73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass meine behandelnden Ärzte Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie dieses Bogens.

Baden-Baden, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Betreuer/Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter