

Dr. med. Rainer Klier

Arzt für diagnostische Radiologie / Neuroradiologie

Dr. med. Michael Hofbauer

Arzt für diagnostische Radiologie

Dr. med. Søren Danz

Arzt für diagnostische Radiologie / Neuroradiologie

Fragenbogen zur Kernspintomographie (MRT)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Beruf: _____

Telefonnummer: _____

Gewicht: _____ kg

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Sondertarif der Privatkasse: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Kernspintomographie (MRT) ist eine Untersuchungsmethode, bei der weder Röntgenstrahlung noch radioaktive Substanzen zum Einsatz kommen. Es werden Bilder mittels elektromagnetischer Wellen und eines Magnetfelds erstellt, während Sie sich in einer Art Röhre mit einem Durchmesser von ca. 60–65 cm befinden. Während der Untersuchung hören Sie ein lautes Klopfen, welches durch das Gerät erzeugt wird – das ist normal. Manchmal kann es zu einer Erwärmung, Schwitzen und Hautrötung kommen. Die Untersuchung ist normalerweise schmerzlos, verlangt von Ihnen aber etwas Geduld und ein ruhiges Liegen. Die Untersuchungszeit beträgt zwischen 15 und 40 Minuten. Um die Untersuchung korrekt durchführen zu können, möchten wir Sie bitten, die nachstehenden Fragen zu beantworten:

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. Heuschnupfen, Jod, bestimmte Lebensmittel oder Medikamente)?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Traten bei früheren Kontrastmitteluntersuchungen (CT, MRT, Nierenuntersuchungen etc.) Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten auf?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher/ Defibrillator?

Ja Nein

Wurden Sie anderweitig am Herz (z.B künstliche Herzklappe/Stents) operiert?

Ja Nein

Haben Sie Metallteile im Körper (z.B. künstliche Gelenke, OP-Clips, Schrauben oder Nägel, Cochleaimplantate, Aneurysmaclips, Eventrecorder)?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Tätowierung, ein Piercing oder Permanent Make Up?

Ja Nein

Sind bei Ihnen Nierenfunktionsstörungen bekannt?

Ja Nein

Sind Sie HIV-positiv (AIDS)? Leiden Sie an Hepatitis oder Tuberkulose?

Ja Nein

Für Frauen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja Nein

Für Frauen: Stillen Sie derzeit?

Ja Nein



Intravenöse Kontrastmittelgabe

In Abhängigkeit von der Fragestellung kann die intravenöse Gabe eines gadoliniumhaltigen Kontrastmittels notwendig sein. Dieses wird im Allgemeinen gut vertragen, bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Nebenwirkungen wie Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag oder Ähnlichem kommen. Schwere Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufs sind selten, lebensbedrohliche Reaktionen sind sehr selten. In seltenen Fällen kann die Nierenfunktion beeinträchtigt werden.

Falls der Arzt es für erforderlich hält: Sind Sie mit der intravenösen Gabe eines gadoliniumhaltigen Kontrastmittels einverstanden?

Ja Nein

KREA-Wert: _____

Datenschutz

Den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst und halten uns strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der Behandlung erhoben und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Zur Untersuchungsplanung und zur genauen Beurteilung ist manchmal die Hinzuziehung von Befundberichten/Aufnahmen früherer Untersuchungen /Behandlungen nötig, dazu benötigen wir Ihre Einwilligung. Dass Gleiche gilt für die Weitergabe unserer Untersuchungsergebnisse an Ihre behandelnden Ärzte.

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht gemäß §73 Abs. 1b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass falls zur Beurteilung nötig, frühere Befundberichte und Untersuchungen angefordert und dass auf Anforderung Befunde mit/weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden dürfen.

Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Für Privatpatienten / Privatpatientinnen

Für die Rechnungsstellung gelten die gesetzlichen Gebührensätze bzw. Analogwertung in der jeweils gültigen Fassung. Ich versichere, dass die angegebene Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Untersuchung uneingeschränkt besteht. Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Anmerkungen