



Termin: _____ Ankunft: _____

(nicht vom Patienten auszufüllen)

..... /

CD Papier.....

Injektion

Orales KM

♂ ♀ ♂♀ G

Telefon-/Handynummer:

E-Mail.....

Angaben, falls mit den o.g. nicht identisch

.....

Bei Familienversicherung: (Name, Geb., Anschrift)

.....

Größe _____ **Gewicht** _____

Haben Sie alte Bilder oder Befunde des betr. Körperteils dabei? nein ja

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? nein ja

Haben Sie einen behandelnden Onkologen
(Spezialist für Krebserkrankungen)? nein ja

Wenn ja, welcher?: _____

Einwilligungserklärung zur Befundübermittlung

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass bei mir erhobene Befunde an meine behandelnden Ärzte übermittelt und auch Befunde anderen Leistungsbringern eingeholt werden dürfen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Über die Verarbeitung meiner Daten wurde ich informiert. Ich bin mit der Verarbeitung einverstanden.

Hannover, den Unterschrift Patient/in /Betreuer/in

Einverständniserklärung zur Magnetresonanztomographie (MRT)

Bei fehlender Überweisung/Versicherungskarte

Ich bin Mitglied bei der _____ Krankenkasse und verpflichte mich, den erforderlichen Überweisungsschein/Versicherungskarte innerhalb von 3 Tagen nachzuliefern. Ich wurde informiert, dass anderenfalls für die Behandlung eine private Verrechnung erfolgt. Die Befundübermittlung erfolgt erst nach Eingang der ausstehenden Unterlagen.

Hannover, den Unterschrift Patient/in / Betreuer/in

Aus diagnostischen Gründen ist bei Ihnen eine Kernspintomographie erforderlich. In den meisten Fällen ist für die Untersuchung keine besondere Vorbereitung notwendig. Metallische Gegenstände können sich negativ auf die Untersuchungsqualität auswirken oder ggf. auch kaputt gehen. Deshalb dürfen folgende Dinge nicht mit in den Untersuchungsraum genommen werden:

Münzen, sämtlicher Schmuck, Armbanduhren, Brillen, Schlüssel, Hörgeräte, Scheckkarten. Sie können alle diese Dinge in der Kabine lassen, in die Sie vor Beginn der Untersuchung gerufen werden. Falls Sie einen **Herzschrittmacher, Eventrecorder, Stents, Aneurysmaclips oder metallische Herzklappen/Fremdkörper** haben, informieren Sie bitte die Mitarbeiter am Empfang. In Abhängigkeit von der klinischen Fragestellung wird Ihnen ein gadoliniumhaltiges Kontrastmittel in die Armvene gespritzt. Im Allgemeinen wird das Kontrastmittel gut vertragen. Selten kann es jedoch zu allergischen Reaktionen (Breachreiz, Hautausschlag, Juckreiz u. ä. Reaktionen) kommen. Falls sich diese Erscheinungen nicht von selbst zurückbilden, werden wir Ihnen ein Medikament gegen diese allergische Reaktion verabreichen. Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe, Organverlust oder des Kreislaufes sind selten. Schwere lebensbedrohliche Reaktionen sind extrem selten. Auch lokale Komplikationen durch die Punktion von Gefäßen oder Gelenken (Paravasat, Infektion, Blutung, Nervenschädigung) sind sehr selten.

Zur Risikoabwägung bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Ist bei Ihnen ein MRT mit Kontrastmittel durchgeführt worden? nein ja

2. Ist bei Ihnen eine Unverträglichkeit des gadoliniumhaltigen Kontrastmittels bekannt? nein ja

3. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Herzklappen? nein ja

4. Haben Sie **Aneurysmaclips** oder **Stents**? nein ja

Wenn ja, seit welchem Jahr _____

5. Ist bei Ihnen ein allergisches Asthma bekannt? nein ja

6. Ist bei Ihnen eine eingeschränkte Nierenfunktion bekannt? nein ja

7. Haben Sie eine Infektionskrankheit z.B. Hepatitis, Aids, HIV, TBC, MRSA? Wenn, ja Welche? _____

Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens. nein ja

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Möglichkeit besteht, mich bei weitergehenden Fragen zu der Untersuchung an einen Arzt oder eine Ärztin der Praxis zu wenden.

Hannover, den Unterschrift Patient/in /Betreuer/in