

MVZ RADIOLOGIE WILMERSDORF

Dres. med. Auer, Nöbel, Harms, Kuhl-Kombos, Psille

Mit Herzschrittmacher ist keine MRT Untersuchung möglich!!!

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor der Durchführung der MRT-Untersuchung benötigen wir einige Angaben von Ihnen:

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie eine künstliche Herzklappe ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie ein Innenohrimplantat	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie Hörgeräte ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie eine Insulinpumpe ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie eine Arm - oder Beinprothese ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Befinden sich in Ihrem Körper Metallsplitter ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie Tätowierungen und/oder Piercing ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind Nierenfunktionsstörungen bekannt?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind Sie schwanger?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wünschen Sie aufgrund der Lärmentwicklung zu den üblichen Kopfhörern einen zusätzl. Gehörschutz (Ohrstöpsel)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Datenschutz:

Erforderliche Befunde und Berichte dürfen angefordert werden.

Befunde und Bilder dürfen an einen behandelnden Arzt oder Krankenhaus übermittelt werden.

(Sie können jederzeit von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen.)

ja nein

ja nein

Sollten Sie Trägerin einer Spirale sein, sind wir verpflichtet Sie darauf hinzuweisen, dass es in Einzelfällen zu einer Verlagerung kommen könnte.

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße an:	cm
Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht an:	kg
Ihre Telefonnummer:	
Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Datum:	Unterschrift Patient

Zur Information:

Folgende Gegenstände dürfen **nicht** in den Magnestraum und müssen in der Umkleidekabine bleiben:

Handtaschen, Uhr, Telefon, Schlüssel, Münzen, Kreditkarten, Karten mit Magnetstreifen
Hörgeräte, Insulinpumpen, Arm- und Beinprothesen, Metallgegenstände, Brillen, ev. Schmuck,
Feuerzeug, Klappmesser, Werkzeug, MP3-Player, Datenträger, Haarspangen.

Wir werden Ihnen darüber weitere Auskünfte in der Umkleidekabine geben.

Nur bei geplanter Kontrastmittelgabe auszufüllen:

Ich wurde über Wirkung/ Nebenwirkung einer intravenösen KM-Gabe aufgeklärt.

Ich bin einverstanden. ja nein

Aktuelle Laborwerte: Kreatinin mg/dl: GFR: Charge KM

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient

Nur bei geplanter Beruhigungsmittelgabe auszufüllen:

Ich wurde über Wirkung/ Nebenwirkung einer intravenösen Gabe von Dormicum/Midazolam aufgeklärt.

Ich bin einverstanden. ja nein

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient