



Patientenaufklärung zur Kernspintomographie (MRT)

Sie wurden in unsere Praxis zur Durchführung einer Kernspintomographie (MRT) überwiesen. Hierbei werden Sie in einem Magnetfeld untersucht. Es werden keine Röntgenstrahlen verwendet. Nach aktuellem Wissensstand entsteht für Sie kein gesundheitlicher Schaden.

Die Untersuchung im Gerät dauert ca. 20 Minuten. Während dieser Zeit sollten Sie möglichst still liegen. Nach Abschluss der Untersuchung erhalten Sie die Untersuchungsbilder auf CD / DVD sowie einen QR-Code mit den Zugangsdaten zu unserem Patientenportal. Der schriftliche Befundbericht wird zeitnah von einer unserer Ärztinnen oder einem unserer Ärzte für Sie erstellt und elektronisch an Ihren Überweiser gesendet. Dieser Befundbericht ist nach Erstellung automatisch im Patientenportal einsehbar und kann als PDF heruntergeladen werden.

Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie vor der Untersuchung um die Beantwortung folgender Fragen:

A) Fragebogen

- | | |
|--|---|
| 1. Welcher Anlass führt Sie zu uns? | 2. Körpergröße: _____ cm |
| _____ | 3. Gewicht: _____ kg |
| _____ | |
| 4. Tragen Sie einen Herzschrittmacher/ Defibrillator? | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Falls ja, sprechen Sie umgehend unser Personal an! | |
| 5. Tragen Sie einen Neurostimulator? | ☐ Ja ☐ Nein |
| 6. Tragen Sie einen Diabetes Sensor? | ☐ Ja ☐ Nein |
| 7. Sind andere (nicht genannte) metallische Fremdkörper in Ihren Körper eingebracht? | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Falls ja, welche? _____ | |
| 8. Wurde am zu untersuchenden Körperteil eine OP durchgeführt? | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Falls ja, was wurde operiert und wann? _____ | |
| 9. Tragen Sie ein Innenohrimplantat oder ein Hörgerät? | ☐ Ja ☐ Nein |
| 10. Ist bei Ihnen eine ansteckende Krankheit bekannt? (HIV, Hepatitis etc.) | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Falls ja, welche? _____ | |
| 11. Sind Allergien gegen Medikamente oder Pflaster bekannt? | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Falls ja, gegen welche Medikamente? _____ | |
| 12. Haben Sie Tattoos oder entfernte Tattoos? | ☐ Ja ☐ Nein |

13. Gab es bei Ihnen früher schon einmal eine Röntgen-, CT- oder MRT-Untersuchung dieser Körperregion? ☐ Ja ☐ Nein

- Falls ja, stellen Sie uns diese bitte zeitnah zur Verfügung!

14. Sind Sie aktuell schwanger? (für Frauen im gebärfähigen Alter) ☐ Ja ☐ Nein

15. Stillen Sie? (für Frauen im gebärfähigen Alter) ☐ Ja ☐ Nein

Vor der Untersuchung entscheidet der verantwortliche Facharzt für Radiologie, ob es medizinisch notwendig ist Ihnen ein intravenöses Kontrastmittel zu verabreichen, um Blutgefäße und Organewebe besser beurteilbar abzubilden. Als leichte Reaktion auf das Kontrastmittel kann es häufiger zu einem kurzzeitigen Kältegefühl und manchmal zu Übelkeit und Geschmacks-Missempfindungen kommen. Als schwere Komplikation kann seltener eine Unverträglichkeitsreaktion bzw. Allergie auftreten (z.B. Luftnot, Kreislaufreaktionen verschiedener Schweregrade etc.).

16. Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

- Falls ja, haben Sie auf das Kontrastmittel allergisch reagiert? ☐ Ja ☐ Nein

- Falls ja, welche allergische Reaktionen sind aufgetreten? _____

17. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt? ☐ Ja ☐ Nein

18. Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe einverstanden. ☐ Ja ☐ Nein

B) Patienteneinwilligung zum Datenaustausch mit Leistungserbringern

Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen müssen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten.

Hiermit willige ich in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung im MVZ Radiologie-Netzwerk NRW zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung und lückenlosen Dokumentation im erforderlichen Umfang von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie anderen Leistungserbringern (Krankenhaus, Labor) zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung ein.

- Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB gegenüber mit- und weiterbehandelnden Ärzten zur Übermittlung meiner Daten per Fax.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Befunde mittels Patienten- und Zuweiserportale in der Cloud sowie eArztbrief an andere, mich behandelnde Ärzte/Institutionen verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.
- Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Telefonnummer, Mobilnummer und E-Mail-Adresse zwecks Terminerinnerung per SMS oder E-Mail ein.
- Ich bin darüber informiert worden, dass es zu einer unzureichenden Behandlung bei fehlender Einwilligung/Entbindung kommen kann.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem MVZ Radiologie-Netzwerk NRW jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

C) Unterschrift

- Ich bestätige, dass ich die Informationen zur MRT, zum Kontrastmittel und zum Datenschutz verstanden habe.
- Ich habe alle Fragen im Fragebogen wahrheitsgemäß beantwortet.
- Ich fühle mich ausreichend informiert und aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein.
- Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.

Nachname

Vorname Geb.-Datum

Telefon Mobil-Nr.

E-Mail

Datum

X

Patient / Sorgeberechtigter / gesetzl. Vertreter

Interner Vermerk (nur durch Personal auszufüllen)

Datum:	Kreatinin:	mg/d	GFR	ml/min	TSH	μU/mL
KM i.v.						
Untersuchungsprotokoll						