

DRK gemeinnützige Krankenhaus GmbH Sachsen / DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein		
 DRK KRANKENHAUS CHEMNITZ-RABENSTEIN <small>DRK GEMEINNÜTZIGE KRANKENHAUS GmbH SACHSEN</small>	Patientenfragebogen Magnetresonanztomographie (MRT) / Kernspintomographie (KST)	 Deutsches Rotes Kreuz
Abteilung für Diagnostische Radiologie / Praxis für Diagnostische Radiologie im MVZ		

Bei Patienten mit Nierenfunktionsstörung oder dialysepflichtiger Niereninsuffizienz wird in seltenen Fällen eine nephrogene systemische Fibrose (NSF) als Nebenwirkung der Anwendung gadoliniumhaltiger Kontrastmittel beschrieben. Sofern in diesen Fällen eine Kontrastmittelgabe erforderlich ist, verabreichen wir spezielle Kontrastmittel mit einer hohen kinetischen Stabilität, bei denen eine NSF als Komplikation auch bei Hochrisikopatienten bisher nicht beobachtet wurde.

Sollten Sie noch Fragen insbesondere im Hinblick auf das Kontrastmittel haben, so können Sie diese vor der Untersuchung mit dem Arzt/der Ärztin abklären.

Aufgrund der untersuchungstechnisch bedingten lauten Klopfgeräusche erhalten Sie von uns zur Vermeidung von Hörschäden vor Untersuchungsbeginn einen Gehörschutz bzw. Ohropax-Stöpsel.

Im Falle von Platzangst kann, nach vorheriger Absprache mit den Fachärzten für Anästhesie, ein Termin unter Sedierungsbedingungen vereinbart werden. Dies führt jedoch zu einer Einschränkung der Straßenverkehrstauglichkeit (Fahrverbot in den nächsten 24 Stunden sowie keine Arbeit an gefährlichen Maschinen und kein Aufenthalt in gefährlicher Höhe).

Ich habe die Fragen gewissenhaft beantwortet, bin sowohl über die Vorteile der Anwendung als auch über mögliche Nebenwirkungen bzw. Begleitreaktionen (z. B. Hautreaktionen bei Tätowierungen/Piercings) informiert worden und habe alle meine Fragen klären können.

Ich erkläre mich hiermit nach ausreichender Bedenkzeit mit der MRT-Untersuchung und, falls erforderlich, mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe und/oder Sedierung einverstanden.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass von mir angefertigte Bilddokumentationen und Befundberichte bei Bedarf an die mich weiterbehandelnden Ärzte weitergeleitet werden dürfen.

Ich wünsche eine Kopie des Patientenfragebogens

ja nein

Chemnitz, den
Datum Unterschrift Patient(in) / Sorgeberechtigter Unterschrift Arzt