

.....
 Name, Vorname Patient(in) Geburtsdatum Telefonnummer

.....
 Größe Gewicht gepl. Untersuchung



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sie sind uns zu einer Magnetresonanz- bzw. Kernspintomographie überwiesen worden. Um Risiken zu vermeiden, sollte ein bestimmter Personenkreis nicht oder nur unter bestimmten Vorsichtsmaßnahmen untersucht werden. Beantworten Sie uns deshalb bitte folgende Fragen:

<i>Haben/hatten Sie: (Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher / Defibrillator?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Platzangst?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergie/allergisches Asthma?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nierenfunktionsstörungen?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dialysepflichtigkeit?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Metallsplitter in Körper oder Auge?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Metallclips nach Gefäß-OP?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelenkprothesen aus Metall?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Piercing?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tätowierungen?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	magnetisch haftende Zahnimplantate?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	externe Hörgeräte?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mittelohrprothesen?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Biostimulatoren?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Insulinpumpe?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, MRSA, Noroviren-Infektion)?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	chirurgische Eingriffe/Operationen?
- Wenn ja, welche Organe/Körperbereiche?		
Wann und wie wurden/werden Sie deswegen behandelt (Medikamente, Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)?		
.....		
.....		
.....		
<i>Für Frauen im gebärfähigen Alter</i>		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tragen Sie eine Spirale? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stillen Sie?
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

Sehr häufig liefert die Anwendung eines **Kontrastmittels** wichtige Zusatzinformationen zur Diagnose. Die verwendeten Kontrastmittel sind sehr gut verträglich und werden innerhalb von 24 Stunden aus dem Körper ausgeschieden. Allergische Reaktionen treten selten auf.

bitte wenden

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