

Aufklärungsbogen Magnetresonanztomografie (MRT)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bei Ihnen soll heute eine Kernspintomografie (= NMR, MRT) durchgeführt werden.

Dies ist eine der modernsten diagnostischen Methoden.

Es werden von Ihnen Bilder der erkrankten/zu untersuchenden Körperregion angefertigt. Die Bilder entstehen durch ein starkes Magnetfeld mit elektromagnetischen Radiowellen, ohne Röntgenstrahlen.

Durch diese Technik entstehen laute Klopfgeräusche. Sie bekommen als Lärmschutz einen Kopfhörer.

Für einige Untersuchungen ist die Gabe von Kontrastmittel zur besseren Beurteilung notwendig. Die Untersuchungsdauer beträgt je nach Untersuchungsregion ca. 10-30 Minuten.

Die Umkleidekabine ist während der Untersuchungszeit nur für Sie reserviert.

Wenn Sie sich aktuell in einer stationären Behandlung befinden, werden Ihre Leistungen von der Krankenkasse nicht übernommen. In diesem Fall erklären Sie sich mit der privaten Kostenübernahme einverstanden.

Vor der Untersuchung bitte folgende Metallgegenstände in der Umkleide ablegen, wie z.B.: Geldbeutel, Uhr, Schlüssel, Handy, Hörgerät, Schmuck, Piercings, Brille, Kugelschreiber, Zahnprothesen, Haarspangen, Kleidung mit Metall: Gürtelschnallen, Nieten, BH etc.

Ihr nächster Termin: _____ **Uhrzeit:** _____

<input type="checkbox"/>	AlpRadRosenheim	Im Facharztzentrum	Luitpoldstr. 4	83022 Rosenheim
<input type="checkbox"/>	AlpRad Rosenheim	Im Aicherpark	Äußere Münchner Str. 94	83026 Rosenheim
<input type="checkbox"/>	AlpRad Traunstein	Am Stadtplatz	Stadtplatz 31	83278 Traunstein
<input type="checkbox"/>	AlpRad Trostberg	Im Facharztzentrum	Siegerthöhe 3	83308 Trostberg
<input type="checkbox"/>	AlpRad Traunreut	Im Ärztehaus Traunmed	Martin-Niemöller-Str. 2a	83301 Traunreut

Bitte Rückseite beachten!

Name:	Beruf:
Telefonnummer:	Gewicht: kg ; Größe: cm

Falls Sie einen Herzschrittmacher oder andere implantierte elektronische Bauteile tragen, dürfen Sie nicht untersucht werden!

Existieren externe Vorbefunde? (Bilder, Befund, etc.) _____ JA NEIN

Tragen Sie Metallteile oder elektronische Geräte in Ihrem Körper?

(Herzschrittmacher, Cochleaimplantat, Hörgeräte, Prothesen, Metallclips, Stents, Schrauben, Zahnspange, Paukenröhrchen etc.) JA NEIN

Wenn ja, was? _____

Haben Sie sich am zu untersuchenden Bereich verletzt? JA NEIN

Wenn ja, was ist passiert? _____

Wurden Sie schon an dem zu untersuchenden Bereich operiert? JA NEIN

Wenn ja, an welchem Körperteil? Wann? _____

Haben Sie Tätowierungen, Akkupunkturnadeln, Permanent-Makeup? JA NEIN

Besteht eine Infektionskrankheit wie Hepatitis, HIV o.ä.? JA NEIN

Wenn ja, was? _____

Ich lege alle entfernbaren Metallgegenstände ab. JA NEIN

z.B. Geldbeutel, Uhr, Schlüssel, Handy, Hörgerät, Schmuck, Piercings, Brille, Kugelschreiber, Zahnprothesen, Haarspangen, Kleidung mit Metall: Gürtelschnallen, Nieten, BH etc.

Ihr Befund wird innerhalb 2-7 Werktagen automatisch an Ihren überweisenden Arzt übermittelt.

Ich bin mit der Übermittlung meiner Befunde an den überweisenden/ mitbehandelnden Arzt einverstanden JA NEIN

Folgende Ärzte sollen den Befund erhalten: _____

Die Einverständnis zur Befundübermittlung kann widerrufen werden.

Einverständniserklärung Kontrastmittel:

Falls erforderlich, willige ich in die Gabe von intravenösem Kontrastmittel ein: JA NEIN

Frauen im gebärfähigen Alter:

Sind sie schwanger? JA NEIN

Stillen Sie? JA NEIN

Tragen Sie eine Kupferspirale? JA NEIN

AlpRad, den _____ X _____
Datum Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)