

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Patientenaufklärung und Einwilligung für die Kernspintomographie**

Patient\*innen mit einem **Herzschrittmacher/Defibrillator** dürfen nicht kernspintomographisch untersucht werden.

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Wurde Ihnen ein Herzschrittmacher, Eventrecorder oder Defibrillator eingesetzt? **Falls ja**, was genau? \_\_\_\_\_ O Ja    O Nein

Wurden bei Ihnen Operationen am Herzen oder am Kopf durchgeführt? **Falls ja**, welche \_\_\_\_\_ O Ja    O Nein

Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper (z. B. Metallprothesen, Gefäßclips, Granatsplitter, Zahnimplantate, Magnet Attachments, Diabetes-Sensor, Expander)? **Falls ja**, welche \_\_\_\_\_ O Ja    O Nein

Sind Unverträglichkeitsreaktionen gegen Medikamente oder andere Stoffe bekannt? **Falls ja**, welche? \_\_\_\_\_ O Ja    O Nein

Haben Sie eine Niereninsuffizienz oder eine andere Nierenerkrankung? \_\_\_\_\_ O Ja    O Nein

Liegt bei Ihnen eine infektiöse Blutkrankheit (z.B. Hepatitis, HIV o.ä.) vor? **Falls ja**, welche? \_\_\_\_\_ O Ja    O Nein

Haben Sie Ohrimplantate oder Paukenröhrchen? O Ja    O Nein

**Nur für Patientinnen:** Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie? O Ja    O Nein

Sämtliche Metallteile müssen vor der Untersuchung abgelegt werden: Uhr, Brille, Ohringe, Piercings, Scheckkarten mit Magnetstreifen, Metallteile an der Kleidung, Geldmünzen, Kugelschreiber, Schlüssel, Zahnersatz, Hörhilfe etc.

Bitte informieren Sie uns über vorhandene Tätowierungen und Permanent-Make-up.

Ausschließlich bei Patienten mit einer schweren Niereninsuffizienz ist in extrem seltenen Fällen das Krankheitsbild der NSF (nephrogen systemische Fibrose) aufgetreten. Bei nierengesunden Patienten gibt es keine derartigen Nebenwirkungen.

Ich willige in eine Kontrastmittelgabe, falls medizinisch sinnvoll, ein. O Ja    O Nein

Das verwendete Kontrastmittel ist gut verträglich und es sind extrem selten allergische Reaktionen beobachtet worden.

#### **Bitte beachten Sie die Information zum Datenschutz.**

Ich bin einverstanden, dass die Praxis „Radiologie Schünemann“ Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und hier erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten - auch per E-Mail oder Fax - übermitteln darf (gem. § 73 Abs. 1b SGB V).

Meine Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Assistentin

\_\_\_\_\_  
Arzt