

MRT-Untersuchung-Information und Aufklärung

Was ist MRT (Kernspintomographie)?

Der MR-Tomograph erzeugt ein starkes Magnetfeld. Es werden keine Röntgenstrahlen angewandt.

Wann darf keine MRT durchgeführt werden?

Herzschrittmacher und ähnliche elektronische Geräte, die sich in/oder an Ihrem Körper befinden, können in ihrer Funktion gestört werden. Daher ist hier ebenso wie bei Vorliegen von metallischen Fremdkörpern in bestimmten Bereichen (z.B. Gehirn) keine Untersuchung möglich. Zahnimplantate sind demgegenüber unproblematisch.

Was müssen Sie vor der Untersuchung beachten?

Gegenstände aus Metall (z.B. Schmuck, Hörgeräte, Geld, Schlüssel, Mobiltelefone, Gürtel) dürfen Sie nicht mit in den Untersuchungsraum nehmen. EC- und Kreditkarten werden vom Magneten unbrauchbar gemacht.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Auf einer Liege werden Sie in das Gerät gefahren. Um gute Bilder zu erhalten, ist es wichtig, dass Sie ruhig liegen. Es treten laute Geräusche und Vibrationen auf. Daher erhalten Sie einen Gehörschutz. Sollten Sie sich unwohl fühlen, können Sie sich mit einer Klingel bemerkbar machen. Wir beobachten Sie während der gesamten Untersuchung.

Wie lange dauert eine MRT-Untersuchung?

Jede Untersuchung wird individuell angepasst. Eine genaue Zeitdauer kann vorab nicht festgelegt werden. In der Regel beträgt diese jedoch ca. 20 bis 30 Minuten.

Ist eine Kontrastmittelgabe erforderlich?

Bei bestimmten Fragestellungen ist eine Kontrastmittelgabe in eine Vene notwendig. Dazu muss eine Verweilkanüle in eine Armvene gelegt werden. Selten können Nierenfunktionsstörungen auftreten. Extrem selten kann eine Bindegewebserkrankung (nephrogene systemische Fibrose) ausgelöst werden. Gefährdet sind Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion.

Können bei einer MRT Komplikationen auftreten? In

seltener Fällen kann es durch das Kontrastmittel zu leichten Hautreaktionen und Unwohlsein kommen. Extrem selten können ernstere allergische Reaktionen auftreten. Make-up/Tätowierungen können zu Hautreizungen führen.

Was muss ich nach der Untersuchung beachten?

Im Anschluss an eine i.v. Kontrastmittelgabe sollten Sie eine ausreichende Menge Flüssigkeit trinken. Sollten nach der Untersuchung Hautausschlag, Hautjucken, Übelkeit oder Schmerzen auftreten, suchen Sie bitte umgehend einen Arzt auf!

Ich bin einverstanden, dass meine Befunde an weiterbehandelnde Ärzte verschickt und auswärtige Voruntersuchungen angefordert werden dürfen.

Ich habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige in die Untersuchung ein.

Datum _____

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Vormund _____

Standort Karlstal Karlstal 32 • 24143 Kiel Tel.: 0431-38818115 CT: 0431-388-18115 Fax: 0431-70216-19 MRT: 0431-388-18115 NUK: 0431-388-18115

Standort Preetz Am Krankenhaus 5 • 24211 Preetz Tel.: 04342-801-284 Fax: 04342-801-285
--

Standort Lubinus Clinicum Steenbeker Weg 25, 24106 Kiel MRT 1: 0431-388-18115 MRT 2: 0431-388-18115

Standort Praxisklinik Kronshagen Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen MRT: 0431-388 18115
--

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und sorgfältig aus:

Körpergewicht _____ kg

Körpergröße _____ cm

Bitte betreffendes ankreuzen:

Wurde bei Ihnen bereits ein MRT durchgeführt? Ja Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe oder einen Nervenstimulator (Tens-Gerät)? Ja Nein

Zutreffendes bitte unterstreichen!

Wurden Sie schon einmal am Herz oder Kopf operiert? Ja Nein

Leiden Sie an einer chronisch infektiösen Erkrankung (z. B. HIV, Hepatitis C)? Ja Nein

Haben Sie Metallteile im Körper? (z.B. Stents, Piercings, Skin diver, Blutzucker-Sensor, Granatsplitter, Implantate, Tätowierungen) Ja Nein

Zutreffendes bitte unterstreichen!

Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie Piercings und Schmuck bereits vor der Untersuchung zu entfernen!

Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? Ja Nein

Haben Sie Platzangst? (Klaustrophobie) Unklar Ja Nein

Haben Sie eine Medikamentenallergie? Wenn ja, welche? _____ Ja Nein

Haben Sie Asthma? Ja Nein

Gab es bei früheren Untersuchungen allergische Kontrastmittel-Reaktionen? Ja Nein

Für Patientinnen in gebärfähigem Alter:

Könnten Sie schwanger sein? Unklar Ja Nein

Stillen Sie? Ja Nein

Eine Aushändigung dieses Aufklärungsbogens ist gewünscht Ja Nein

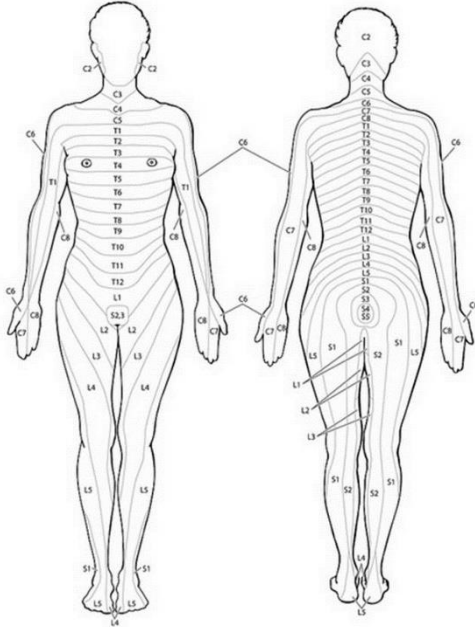
Kreatinin: _____

Vermerke zum Aufklärungsgespräch: _____

Zusatzanamnesebogen MRT/CT/Rö

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Bitte markieren Sie das Gebiet Ihrer Beschwerden.



Ansiht von vorn

Ansiht von hinten

1. Welche Beschwerden haben Sie aktuell? _____
2. Seit wann bestehen die Beschwerden? _____ Tage / _____ Wochen / _____ Monate / _____ Jahre
3. Hatten Sie einen akuten Unfall/eine akute Sportverletzung in diesem Zusammenhang? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
4. Wurden Sie an diesem Körperteil bzw. im Untersuchungsbereich bereits operiert? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____ Was wurde operiert? _____
5. Welche Art(en) von Schmerzen treten bei Ihnen auf? (Bitte ankreuzen)
 - Ruheschmerzen
 - Belastungsschmerzen
 - Streckerschmerzen
 - Beugeschmerzen
 - Rotationsschmerzen (Schmerzen bei Drehbewegungen)
6. Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung (Krebs) bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche(r)? _____ Seit wann? _____

Bei Fragen unterstützen Sie unsere Mitarbeiter/-innen am MRT/CT gern. Vielen Dank!

Datum

Unterschrift Patient/-in

evidia MVZ Förde-Radiologicum GmbH	Formblatt Einverständniserklärung Datenschutz	Dokument: FB 05.41 Version: 07 Seite: 1 von 1
------------------------------------	--	---

Sehr geehrte/r Patient/in,
nach neuer Datenschutzgrundverordnung, die am 25.05.2018 in Kraft getreten ist, benötigen wir für jegliche Befundanforderungen bei anderen Ärzten sowie zur Befundübermittlung an weiter behandelnde Ärzte Ihr schriftliches Einverständnis.
Bitte füllen Sie daher diese Einverständniserklärungen vollständig aus.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Einverständniserklärung zur Anforderung von Vorbefunden:

Ich bin damit einverstanden, dass Befundkopien der Voruntersuchungen sowie Voraufnahmen durch die evidia MVZ Förde Radiologicum GmbH angefordert werden. (per Fax: Karlstal: 0431-7021619, Lubinus: 0431-38818147, Preetz: 04342-801285)

Ja

Nein

Einverständniserklärung zur Befundübermittlung an weiter behandelnde Ärzte:

Ich bin damit einverstanden, dass Befundkopien bzw. Aufnahmen unserer Untersuchungen an weiter behandelnde Praxen/Kliniken übersandt werden.

In Notfällen dürfen die Bildaufnahmen und Befundberichte zur Mitbeurteilung und Weiterbehandlung auch durch die Klinik Preetz an das UKSH, Campus Kiel, das Lubinus Clinicum und das Städtische Krankenhaus Kiel elektronisch versendet werden.

Ja

Nein

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Bemerkungen durch evidia MVZ Förde-Radiologicum GmbH:

evidia MVZ Förde-Radiologicum GmbH	Formblatt Einverständniserklärung SMS/E-Mail	Dokument: FB 05.61 Version : 03 Seite: 1 von 1
------------------------------------	---	--

Sehr geehrte/r Patient/in,
nach neuer Datenschutzgrundverordnung, die am 25.05.2018 in Kraft getreten ist, brauchen wir ihr Einverständnis um Ihnen eine Terminerinnerung, für bereits vereinbarte Termine, per SMS oder Email zu senden.

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Einverständniserklärung zur SMS-/Email-Benachrichtigung

(Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Ich bin damit einverstanden, dass das Förde-Radiologicum mich per

- SMS: _____
(bitte Mobilnummer eintragen)
- Email: _____
(bitte Mail-Adresse eintragen)

an **bereits vereinbarte Termine** erinnert.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

evidia MVZ Förde- Radiologicum GmbH	Formblatt Ausfallhonorar	Dokument: FB 05.63 Version : 02 Seite: 1 von 1
--	-----------------------------	--

Name: Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Sehr geehrte/r Patient/in,

Wir sind eine Bestellpraxis und im Interesse aller um Termine nachsuchenden Patientinnen und Patienten und auch aufgrund unserer Praxisführungskosten darauf angewiesen, dass vereinbarte Termine eingehalten werden.

Kann ein Termin nicht eingehalten werden und wird der Termin nicht rechtzeitig abgesagt, so kann dieser nicht an eine/n andere/n wartende/n Patientin/en vergeben werden. Dadurch erhöhen sich für alle Patientinnen und Patienten die Wartezeiten und unserer Praxis entstehen erhebliche Kosten.

Deswegen erheben wir von jeder/m Patientin/en, die/der einen vereinbarten Termin, den sie/er nicht einhalten kann, nicht vorher – so frühzeitig wie vernünftigerweise möglich, spätestens aber 24 Stunden vorher – per E-Mail oder telefonisch absagt, ein Ausfallhonorar von **50,00 €**.

Der/m betreffenden Patientin/en steht es frei, der Praxis nachzuweisen, dass uns tatsächlich kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist.

Bitte bestätigen Sie uns Ihr Einverständnis mit dieser Vereinbarung.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____