

MVZ RADIOLOGIE WILMERSDORF

Dres. med. Auer, Nöbel, Harms, Kuhl-Kombos, Psille

Mit Herzschrittmacher ist keine MRT Untersuchung möglich!!!

Liebe Patientin, lieber Patient,

vor der Durchführung der MRT-Untersuchung benötigen wir einige Angaben von Ihnen:

Tragen Sie einen Herzschrittmacher ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie eine künstliche Herzklappe ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie ein Innenohrimplantat	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie Hörgeräte ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie eine Insulinpumpe ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie eine Arm - oder Beinprothese ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Befinden sich in Ihrem Körper Metallsplitter ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie Tätowierungen und/oder Piercing ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind Allergien gegen Kontrastmittel bekannt ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind Nierenfunktionsstörungen bekannt?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind Sie schwanger?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wünschen Sie aufgrund der Lärmentwicklung zu den üblichen Kopfhörern einen zusätzl. Gehörschutz (Ohrstöpsel)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Ich bin mit der Weitergabe meines Befundes und ggf. der Aufnahmen an Überweiser und behandelnden Arzt / Krankenhaus einverstanden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
--	--------------------------	----------------------------

Sollten Sie Trägerin einer Spirale sein, sind wir verpflichtet Sie darauf hinzuweisen, dass es in Einzelfällen zu einer Verlagerung kommen könnte.

Bitte geben Sie Ihre Körpergröße an:	cm
Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht an:	kg
Ihre Telefonnummer:	
Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Datum:	Unterschrift Patient _____

Zur Information:

Folgende Gegenstände dürfen **nicht** in den Magnestraum und müssen in der Umkleidekabine bleiben: Handtaschen, Uhr, Telefon, Schlüssel, Münzen, Kreditkarten, Karten mit Magnetstreifen Hörgeräte, Insulinpumpen, Arm- und Beinprothesen, Metallgegenstände, Brillen, ev. Schmuck, Feuerzeug, Klappmesser, Werkzeug, MP3-Player, Datenträger, Haarspangen. Wir werden Ihnen darüber weitere Auskünfte in der Umkleidekabine geben.

Nur bei geplanter Kontrastmittelgabe auszufüllen:

Ich wurde über Wirkung/ Nebenwirkung einer intravenösen KM-Gabe aufgeklärt.

Ich bin einverstanden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Aktuelle Laborwerte: Kreatinin mg/dl:	GFR:	Charge KM
Unterschrift Arzt	Unterschrift Patient _____	

Nur bei geplanter Beruhigungsmittelgabe auszufüllen:

Ich wurde über Wirkung/ Nebenwirkung einer intravenösen Gabe von Dormicum/Midazolam aufgeklärt.

Ich bin einverstanden.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Unterschrift Arzt	Unterschrift Patient _____	