

Kasse  Privat  BG  Igel



RADIOLOGISCHE PRAXIS  
HOFBAUER DANZ FISCHER

## FRAGEBOGEN ZUR KERNSPINTOMOGRAPHIE (MRT)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ m

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Sondertarif der Privatkasse: \_\_\_\_\_

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

die Kernspintomographie (MRT) ist eine Untersuchungsmethode, bei der weder Röntgenstrahlung noch radioaktive Substanzen zum Einsatz kommen. Es werden Bilder mittels elektromagnetischer Wellen und eines Magnetfelds erstellt, während Sie sich in einer Art Röhre mit einem Durchmesser von ca. 70 cm befinden. Während der Untersuchung hören Sie ein lautes Klopfen, welches durch das Gerät erzeugt wird – das ist normal. Manchmal kann es zu einer Erwärmung, Schwitzen und Hautrötung kommen. Die Untersuchung ist normalerweise schmerzlos, verlangt von Ihnen aber etwas Geduld und ein ruhiges Liegen. Die Untersuchungszeit beträgt zwischen 15 und 40 Minuten. Am Körper getragene elektrische/magnetisierbare Geräte (z.B. Hörgeräte, Armbanduhren, Scheckkarten) sind nicht MRT-tauglich und sind vor der Untersuchung in der Umkleidekabine abzulegen. Um die Untersuchung korrekt durchführen zu können, möchten wir Sie bitten, die nachstehenden Fragen zu beantworten:

- |  | <b>JA</b>                | <b>NEIN</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ➤ Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. Heuschnupfen, Jod, bestimmte Lebensmittel oder Medikamente)?<br>Wenn ja, welche? _____                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Traten bei früheren Kontrastmitteluntersuchungen (CT, MRT, Nierenuntersuchungen etc.) Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten auf?<br>Wenn ja, welche? _____           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Tragen Sie einen Herzschrittmacher/ Defibrillator?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Wurden Sie anderweitig am Herz (z.B künstliche Herzklappe/Stents) operiert?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Haben Sie Metallteile im Körper (z.B. künstliche Gelenke, OP-Clips, Schrauben oder Nägel, Cochleaimplantate, Aneurysmaclips, Eventrecorder)?<br>Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Haben Sie eine Tätowierung, ein Piercing oder Permanent Make Up?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Sind bei Ihnen Nierenfunktionsstörungen bekannt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Sind Sie HIV-positiv (AIDS)? Leiden Sie an Hepatitis oder Tuberkulose?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ <b>Für Frauen:</b> Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ <b>Für Frauen:</b> Stillen Sie derzeit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Intravenöse Kontrastmittelgabe

In Abhängigkeit von der Fragestellung kann die intravenöse Gabe eines gadoliniumhaltigen Kontrastmittels notwendig sein. Dieses wird im Allgemeinen gut vertragen, bei Überempfindlichkeit (Allergie) kann es jedoch zu Nebenwirkungen wie Brechreiz, Juckreiz, Hautausschlag oder Ähnlichem kommen. Schwere Überempfindlichkeitsreaktionen einzelner Organe oder des Kreislaufs sind selten, lebensbedrohliche Reaktionen sind sehr selten. In seltenen Fällen kann die Nierenfunktion beeinträchtigt werden.

Falls der Arzt es für erforderlich hält: Sind Sie mit der intravenösen Gabe eines gadoliniumhaltigen Kontrastmittels einverstanden?

**JA**      **NEIN**

    

KREA-Wert: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und gebe das Einverständnis zur Durchführung der Untersuchung.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Für Privatpatienten/Privatpatientinnen

Für die Rechnungsstellung gelten die gesetzlichen Gebührensätze bzw. Analogwertung in der jeweils gültigen Fassung. Ich versichere, dass die angegebene Krankenversicherung zum Zeitpunkt der Untersuchung uneingeschränkt besteht. Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und/oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Anmerkungen:**

## Datenschutz

Den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst und halten uns strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der Behandlung erhoben und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

**Die aktuell gültige und vollständige Information zum Datenschutz finden Sie im Aushang am Empfang sowie in den Auslagen in den Wartezimmern.**