

FRAGEBOGEN MAGNETRESONANZ

VORNAME: _____

NACHNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

GRÖSSE: _____ cm

GEWICHT: _____ kg

- Haben Sie in der Vergangenheit MR-Untersuchungen durchgeführt? NEIN JA
- Hatten Sie bereits allergische Reaktionen auf MR-spezifisches KM? NEIN JA
- Leiden Sie unter Platzangst? NEIN JA

- Beruf?
- Hatten Sie Verkehrsunfälle, Jagdunfälle? NEIN JA
- Hatten Sie ein Trauma nach Explosion? NEIN JA
- Sind Sie schwanger? NEIN JA
- Datum letzter Monatsblutung?
- Ist eine Niereninsuffizienz bekannt? Welchen Grades? NEIN JA

Wissen Sie, ob sich eine/s der folgenden medizinischen Implantate oder Metallkörper in Ihrem Körper befindet:

- Metallsplitter oder Metallteilchen? NEIN JA
- Aneurysmen-Clips? Blutgefäße, Aorta, Gehirn? NEIN JA
- Künstliche Herzklappen? NEIN JA
- Gefäß-Stents? NEIN JA
- Implantierte Defibrillatoren? NEIN JA
- Stabilisierungsvorrichtungen der Wirbelsäule? NEIN JA
- Insulinpumpe oder Infusionspumpe für andere Arzneimittel? NEIN JA
- Herzschrittmacher? NEIN JA
- Metallkörper in den Ohren oder Cochlea-Implantate? NEIN JA
- Neurostimulatoren, implantierte Elektroden im Gehirn oder subdural? NEIN JA
- Andere Arten von Stimulatoren? NEIN JA
- Intrauterine Spirale (IUD)? NEIN JA
- Spinale- oder Ventrikuläre-Drainage? NEIN JA
- Metallische Prothesen (wegen Frakturen, korrigierenden Gelenkoperationen, usw.)
Schrauben, Nägel, Drähte, usw. ? NEIN JA
- Andere Prothesen ? NEIN JA

Lokalisation

- Fixe oder mobile Zahnprothesen ? NEIN JA
- Glauben Sie, es könnten sich in Ihrem Körper Prothesen/Vorrichtungen oder andere metallische Fremdkörper befinden, von denen Sie NICHTS wissen? NEIN JA
- Sind Sie je einem chirurgischen Eingriff unterzogen worden? NEIN JA

Lokalisation.....

Zusatzinformationen:

- Sind Sie Träger von Kunststofflinsen-Implantaten? NEIN JA
- Haben Sie Tätowierungen oder tragen Sie Piercings? NEIN JA

Position

Einverständnis des für die Untersuchung verantwortlichen Arztes(durchführenden Arztes):

DER FÜR DIE LEISTUNG VERANTWORTLICHE ARZT

In Kenntnis der vom Patienten angegebenen Antworten und einer evtl. durchgeführten ärztlichen Untersuchung

ERMÄCHTIGT ZUR DURCHFÜHRUNG DER MR-UNTERSUCHUNG

Bozen, den

.....
Unterschrift des für die Durchführung der Untersuchung verantwortlichen Radiologen

INFORMATION- UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DIAGNOSTISCHEN UNTERSUCHUNG

Die/der Unterfertigte geb. in am.....

mit der folgenden Aufnahmediagnose/Verdachtsdiagnose

bestätige von über meine klinische Situation informiert worden zu sein und diesbezüglich auf

jede meiner Fragen klare Antworten erhalten zu haben.

Ich habe also verstanden, dass zur Besserung der jetzigen Situation und/oder um Verschlechterung zu vermeiden, folgendes notwendig ist:

Diagnostisch-instrumentelle Untersuchungen mittels Magnetresonanz

Mögliche Komplikationen im Falle einer Kontrastmittelverabreichung:

Die aktuell verfügbaren Kontrastmittel sind sehr sichere Produkte, welche bereits an Millionen von Patienten verabreicht worden sind, trotzdem können gelegentlich Probleme (Kontrastmittelreaktionen) auftreten. Im Falle von Auftreten solcher Reaktionen sind die Ärzte sowie das paramedizinische Personal des Dienstes für Radiologie eigens dafür ausgebildet, diese in angemessener und bestmöglicher Weise zu behandeln. Die Arten der Reaktionen, welches sich sporadisch zeigen, sind folgende:

- Unkomplizierte Reaktionen, wie Niesen oder Übelkeit.
- Komplizierte Reaktionen (0,01%): diese bedürfen normalerweise einer Behandlung. Solche Reaktionen können beispielsweise Atembeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Krampfanfälle oder Bewusstseinsverlust sein.
- Systemische nephrogene Fibrose (im Falle von mittelgradiger - schwerer Niereninsuffizienz).

Ich bin der Meinung, im Rahmen des Informationsgesprächs mit dem/der Radiologen/in ausreichende Informationen/Erklärungen zur MR-Untersuchung selbst sowie damit verbundener eventueller Komplikationen und Risiken erhalten zu haben und gebe hiermit mein volles Einverständnis.

Daher:

Stimme ich der MR-Untersuchung zu. Ich bin mir bewusst, dass der Arzt angesichts unvorhersehbarer Schwierigkeiten es für notwendig erachten könnte, den vereinbarten Vorgang abzuändern. Sollte es unter gegebenen Umständen nicht möglich sein, mein Einverständnis neuerlich zu erhalten, ermächtige ich bereits zum jetzigen Zeitpunkt zu:
- eventuellen zusätzlich notwendigen und dringenden Maßnahmen, welche auf die eigentliche Untersuchung folgen.

Stimme ich der MR-Untersuchung nicht zu, im Bewusstsein, dass eine evtl. Verweigerung meinerseits eine Konsequenz hinsichtlich der Kontinuität der Betreuung mit sich bringen wird.

Falls notwendig, ermächtige ich zur eventuellen Verabreichung von Kontrastmittel.

Datum und Uhrzeit

.....
Unterschrift des/der Patienten/in
(oder des Erziehungsberechtigten/Vormund)

.....
Unterschrift des verantwortlichen Radiologen