

Was ist eine 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 aber 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. 10 bis 20 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 seltenen 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. Bei einem Eindringen des Kontrastmittels ins Unterhautfettgewebe ist in seltenen Fällen das Absterben von Gewebe möglich.

Was muss ich nach der Untersuchung beachten?

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

MRT-Patientenfragebogen

BITTE FÜLLEN SIE DIESEN BOGEN AUS UND MARKIEREN SIE DIE ZUTREFFENDEN ANGABEN:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Gewicht: Größe: Tel:

E-Mail-Adresse: Geschlecht: M W D

Untersuchungsbereich:

Für Frauen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Stillen Sie? Ja Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRT durchgeführt? Ja Nein

Gibt es Voraufnahmen vom Untersuchungsbereich? Ja Nein

Haben Sie Platzangst? Ja Nein

Tragen Sie folgende Metalle/Implantate im bzw. am Körper?

- Herzschrittmacher/Defibrillator Herzklappe Cochlea-Implantat
 Metall-/Granatsplitter Insulin-/Schmerzpumpe Magnetische Zahnprothese
 Sonstiges: Ich trage **keine** Implantate im Körper.

Welche Beschwerden haben Sie im Untersuchungsbereich und seit wann? links rechts mittig

Ich habe **keine** Beschwerden.

Schmerzen in/bei: Ruhe Belastung Strecken Beugen Drehen

Hatten Sie einen Unfall/eine Verletzung in diesem Zusammenhang? Ja Nein

Wenn ja, wann?

Was ist passiert?

Wurden Sie im Untersuchungsbereich schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, welches Jahr und weshalb?

Folgende Erkrankungen sind bei mir bekannt:

Infektionskrankheiten Hepatitis Tuberkulose HIV Sonstige:

Tumore/Krebs-erkrankungen Welche? In welchem Jahr?

Wie wurden Sie therapiert? OP Chemotherapie Bestrahlung

Nierenerkrankungen Welche?

Allergien gegen Medikamente Welche?

Bei mir sind **keine** Vorerkrankungen bekannt.

Haben Sie bei früheren Untersuchungen allergisch auf MRT-Kontrastmittel reagiert? Ja Nein

Sonstige allgemeine Anmerkungen:

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Datum: Unterschrift Patient/Bevollmächtigter:

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Ich möchte eine Kopie dieses Bogens bekommen.

Ja Nein

Kürzel aufklärende Person:

FB 09.41 Version 02

Freigegeben: 30.09.24

Durch: OLE

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument das generische Maskulinum verwendet. Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

MRT-Patientenfragebogen

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Einwilligungserklärung im Sinne von § 630d BGB

Durch meine Unterschrift bestätige ich (ggf. für den Patienten):

- Den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden zu haben sowie die Fragen zur Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) nach bestem Wissen beantwortet zu haben.
- Über die geplante Untersuchung ausführlich informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen und bin vollumfänglich aufgeklärt. (Siehe MRT-Aufklärung FB 09.40 R01)
- Mir meine Entscheidung gründlich überlegt zu haben. Ich benötige keine weitere Überlegungsfrist und willige in die Untersuchung ein.
- Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe durch das medizinische Personal einverstanden zu sein, sofern nicht unten anders angegeben.
- Meine Einwilligung, dass in Notfällen die Bildaufnahmen und Befundberichte zur Mitbeurteilung und Weiterbehandlung auch an das weiterbehandelnde Krankenhaus elektronisch versendet werden dürfen.

Einwilligungserklärung Terminerinnerungsservice

Sehr geehrter Patient, wir danken Ihnen für Ihr Interesse und Ihr Vertrauen. Natürlich achten wir auf den Schutz Ihrer Privatsphäre und stellen bei der Auswahl der zur Verfügung gestellten Dienste die Praktikabilität und den gewissenhaften Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten in den Vordergrund.

Wir nutzen für unseren Terminerinnerungsservice Booking4Med von Medavis. Die Terminerinnerung erfolgt per SMS oder E-Mail. Den Terminerinnerungsservice nutzen wir, um eine optimale und zeitnahe Versorgung von Patienten zu gewährleisten. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung, Ihren Betroffenenrechte finden Sie als Aushang „FB 05.50 Patienteninformation zum Datenschutz“ in unseren Praxisräumlichkeiten oder auf der Internetseite www.foerde-radiologicum.de/datenschutzerklaerung/. Eine Kopie der Patienteninformation zum Datenschutz erhalten Sie jederzeit an unserer Anmeldung.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Terminerinnerung ein.

Hiermit willige ich **nicht** in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Terminerinnerung ein.

Ausfallhonorar

Wir sind eine Bestellpraxis und im Interesse aller um Termine nachsuchenden 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 einen anderen wartenden Patienten vergeben werden. Dadurch erhöhen sich für alle Patienten die Wartezeiten und unserer Praxis entstehen erhebliche Kosten.

Deswegen erheben wir von jedem Patienten, der einen vereinbarten Termin, den 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 €**. Dem betreffenden Patienten steht es frei, der Praxis nachzuweisen, dass uns tatsächlich kein oder ein geringerer Schaden entstanden ist. Ausgenommen hiervon sind Fälle von höherer Gewalt oder plötzlicher Krankheit.

Ich bin mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Mit einem Widerruf nach Art. 7 Abs. 3 der DS-GVO wird der Rechtsgrund der Datenverarbeitung aus der Vergangenheit nicht entzogen. Dieser entfaltet seine Wirkung ausschließlich ab Zugang des Widerrufs in die Zukunft.

Datum: Unterschrift Patient/Bevollmächtigter: