

PatientInnen-Name

Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie, folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:

- 1.) Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? ja nein
- 2.) Wurden Sie am Kopf oder am Herzen operiert? ja nein
- 3.) Tragen Sie andere elektronische Implantate (z.B. Insulinpumpe)? ja nein
- 4.) Haben sie eine Gefäßprothese (Stent oder Bypass)? ja nein
- 5.) Befinden sich Metallteile im Körper? (Gefäß- oder chirurgische Clips, Gelenkprothese, Metallsplitter, Drähte, Schrauben, Platten, Zahnimplantate)? ja nein
- 6.) Tragen Sie ein Innenohrimplantat oder eine Hörhilfe? ja nein
- 7.) Ist bei Ihnen eine akute oder chronische Infektionskrankheit (Hepatitis, AIDS, Tuberkulose) bekannt? ja nein
- 8.) Besteht eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit?
Wenn ja, welche? ja nein
- 9.) Besteht eine (mögliche) Schwangerschaft? ja nein
- 10.) Stillen Sie? ja nein
- 11.) Tragen Sie eine Spirale? (Kupferspirale kontrollieren lassen) ja nein

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Sollten Sie unter **Angst** vor engen Räumen leiden, teilen Sie uns dies **vor der Untersuchung** mit. Falls Sie Fragen haben, werden wir uns bemühen diese ausreichend zu beantworten.

Für die Befundung ist es erforderlich, dass Ihre Daten im RIS (Radiologisches Informationssystem) und Ihre digitalen Bilddaten im PACS (picture archiving and communicating system) des Landesklinikum Horn gespeichert werden. Falls es für Ihre Behandlung oder Befundung erforderlich ist, werden Ihre Daten an andere Krankenhäuser oder Radiologen übertragen.

Im Rahmen des Behandlungsvertrages, bin ich zur positiven Mitarbeit verpflichtet.

Im Falle eines stationären Aufenthaltes **am Untersuchungstag**, verpflichte ich mich diesen Umstand schriftlich an das Institut zu melden.

Einwilligungserklärung zur MRT-Kontrastmittelgabe

Falls es im Rahmen der Untersuchung nötig sein sollte bin ich mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden. Im Falle einer Ablehnung wurde ich über die sich daraus ergebenden möglichen Nachteile informiert. ja nein

Einwilligungserklärung zur Datenverwendung

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen meine personenbezogenen Daten **anonymisiert** weiterbearbeitet und veröffentlicht werden können. ja nein

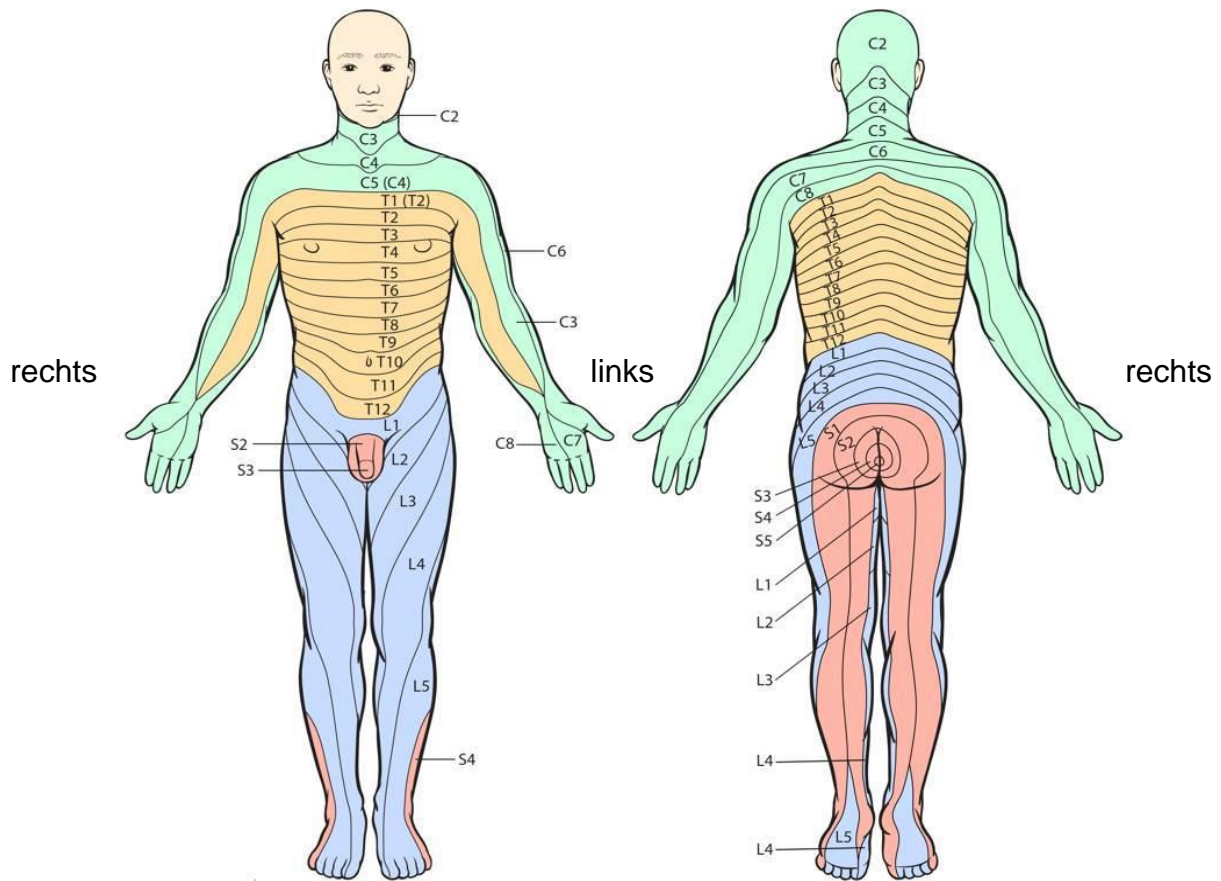
Einwilligungserklärung zur MRT-Untersuchung

Ich bestätige, dass ich diesen Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu.

Für ein optimales Untersuchungsergebnis ist es erforderlich, dass Sie sich während der Untersuchung NICHT BEWEGEN!

BITTE WENDEN

Anamneseblatt



Beschwerden bitte näher angeben und einzeichnen: _____

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? _____

Hatten Sie eine/n Unfall/Sturz/Sportverletzung? ja nein

Wurde die zu untersuchende Region bereits operiert? ja nein

Unterschrift PatientIn/ggf. Zeuge/Eltern

Unterschrift Arzt/Ärztin

Horn, am

Unterschrift Personal