



Einwilligung zur Magnetresonanztomographie (MRT)

Es handelt sich bei dieser Untersuchungsart um eine Bildgebung mittels eines großen, starken Magneten und nicht um eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen.

Ablauf der Untersuchung: Sie liegen auf einer Untersuchungsliege. Während die Daten zur Herstellung eines Bildes aufgenommen werden, hören Sie verschieden laute Klopfgeräusche. In dieser Zeit sollten Sie ganz ruhig und entspannt liegen. Sie spüren während der Untersuchung nichts. Ständig stehen Sie unter ärztlicher Beobachtung.

> Wenn Sie einen **Herzschrittmacher** tragen, darf die Untersuchung nicht durchgeführt werden.

> **Feste Zahnsplangen oder Retainer** können evtl. zu einer Zahnschmelzverfärbung führen.

> **Hörgeräte** müssen vor der Untersuchung herausgenommen werden (Gerätedefekt möglich).

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (bei Unklarheiten fragen Sie bitte den Arzt)

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie unter einer Nierenerkrankung ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie eine Schädeloperation ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Metallimplantate im Körper? (z.B. Knochennägel, -schrauben, Metallsplinter, Gelenkprothesen, Spirale) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurden Sie jemals operiert ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, an welchem Körperteil? _____ | | |
| Leiden Sie an einer Allergie ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Farbtätowierungen ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht eine Schwangerschaft ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bei einer Kontrastmittelgabe kann sich an der Einstichstelle der Injektion ein Hämatom oder ein Spritzenabszess o.ä. bilden. | | |
| Sind Sie mit einer Kontrastmittelgabe einverstanden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Körpergewicht _____ kg | Größe _____ m | |

Name, Vorname

Geburtsdatum

Gesetzliche Krankenkasse

Private Krankenkasse
(bei Sondertarif Versicherungsausweis vorlegen)

Telefonnummer

Bei BG-Unfall bitte Unfalltag angeben _____

Ich willige in die vorgesehene MRT-Untersuchung ein.

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

- Ich willige ein, dass im Radiologischen Zentrum Wiesloch / Sinsheim meine Patientendaten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Insbesondere bin ich zum Zwecke der Weiterbehandlung mit der Übermittlung der Befunde und / oder Bildmaterial der Untersuchung an behandelnde Ärzte einverstanden.
- Ich willige ein, dass das Radiologische Zentrum Wiesloch / Sinsheim zum Zwecke der Befundung die Befunde und / oder Bildmaterial einholt.

Vollmacht

Ich bevollmächtige folgende Person _____ geboren am _____ in meinem Namen alle Unterlagen / Dokumente, die meine Person betreffen, abzuholen bzw. entgegenzunehmen.

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärungen über die Entbindung von der Schweigepflicht, Einwilligung in die Übermittlung der Daten und Bevollmächtigung Dritter jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.