

**Basisinformation zum Aufklärungsgespräch  
MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE (MRT)**

Name: .....

Geb. Datum: .....

Wohnort: .....

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:****Gewicht (in kg)?** \_\_\_\_\_ **Wie groß sind Sie (in cm)?** \_\_\_\_\_**Wurde bei Ihnen bereits vorher eine MRT- Untersuchung durchgeführt?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche Körperregion wurde wann untersucht

**Wurde bei einer Untersuchung bisher Kontrastmittel verabreicht?**  Ja  Nein**Sind im Rahmen der Kontrastmittelapplikation Unverträglichkeitserscheinungen oder Komplikationen aufgetreten?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

.....  
(z.B. Übelkeit / Erbrechen, Atemnot, Asthmaanfall, Hautausschlag, Krampfanfälle)**Besteht eine Allergie, Asthma oder eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten oder Lebensmitteln?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**Haben Sie Metallteile im Körper?**  Ja  Nein

(z.B. Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe, Insulinpumpe, Mittel-oder Innenohrimplantat, Zahnimplantat, Hörgeräte, Prothesen, Metallplatten, Schrauben, Metallsplitter). Wenn ja, wo?

**Haben Sie eine Tätowierung oder Permanent Make-up?**  Ja  Nein**Besteht eine**

- Tumorerkrankung?  Ja  Nein
- Nierenerkrankung?  Ja  Nein
- Leberkrankung?  Ja  Nein
- chronische Infektionserkrankung (z.B. HIV, Hepatitis C)?  Ja  Nein
- Klaustrophobie (Beklemmung in engen Räumen)?  Ja  Nein
- Schwangerschaft oder Stillzeit?  Ja  Nein

**Aktuelle Beschwerden:****Wurden Sie in der zu untersuchenden Region schon einmal operiert?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche Operation wurde wann durchgeführt?

**Haben Sie im Bereich der zu Untersuchungen Region bisher einen Unfall/ bzw. anderweitiges Trauma erlitten?**  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden und auf der nächsten Seite unterschreiben →**

## Einverständniserklärung:

Ich fühle mich ausreichend informiert. Ich habe keine weiteren Fragen mehr und hatte ausreichend Bedenkzeit. Ich willige in die geplante Untersuchung ein.

Lohr, den .....

.....  
Unterschrift der Patientin / des Patienten

.....  
Unterschrift Arzt

**Für die Eltern von Minderjährigen:** Ich bin mit der Durchführung der MRT und der Gabe von Kontrastmittel einverstanden.

Lohr, den .....

.....  
Unterschrift der Eltern

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Im Rahmen unserer ärztlichen Leistungen unterliegen wir neben der ärztlichen Schweigepflicht, den gesetzlichen Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU DS-GVO) sowie des Sozialgesetzbuches (SGB). Wir benötigen daher für die folgenden Verarbeitungen Ihrer Daten eine Einwilligung.

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an den mich überweisenden Arzt einverstanden.

JA,  NEIN

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Befund- und Bilddaten an die mich weiterbehandelnden Ärzte einverstanden.

JA,  NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologie Lohr zur medizinischen Qualitätssicherung im Zusammenhang mit meiner Untersuchung, Informationen (z.B. Arztberichte, Laborwerte, etc.) bei den mich behandelnden Ärzten einholen darf.

JA,  NEIN

Im Falle einer früheren Behandlung bei Dr. Dettmann, oder Dr. Handwerker, oder Dr. Müller willige ich in die Einholung dieser Behandlungsdaten ein.

JA,  NEIN

Sie können zum späteren Zeitpunkt Ihr Einverständnis jederzeit formlos widerrufen.