|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| * **Hatten sie schon einmal eine MRT oder CT Untersuchung?**  Ja Nein
* **Wenn ja, haben Sie auf Kontrastmittelgabe reagiert?**  Ja Nein
* **Haben sie ein Nierenleiden?**  Ja Nein
* **Sind sie Diabetiker?**  Ja Nein
* **Haben Sie eine bekannte Allergie gegen Medikamente?**  Ja Nein
* **Wurden sie schon einmal reanimiert, haben sie kardiale Probleme?**  Ja Nein
* **Haben Sie Platzangst?**  Ja Nein
* **Wurden sie am Kopf operiert? Haben Sie Neurochirurgische Clips?**  Ja Nein
* **Hatten sie eine Herzoperation? Tragen sie Schrittmacher/ Defibrillator?**  Ja Nein
* **Trage Sie elektronische Geräte (Nervenstim., Insulinpumpe, Cochleaimplantat, Hörgeräte)?**  Ja Nein
* **Haben sie metallene Fremdkörper (Geschossflegmente, Zahnprothese, Tattoo, Piercing)?**  Ja Nein
* **Sind sie schwanger?**  Ja Nein
 |  |
|  |
|  |  |
| **Ich wurde über den Ablauf der Untersuchung aufgeklärt und habe die Fragen verstanden. Ich bin mit der Untersuchung einverstanden und kenne die Risiken einer Kontrastmittelgabe.** |
|  |
| **Datum: Einwilligung des Patienten:** |
|  |
|  |

 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Aufklärungsbogen zur Untersuchung und Dokumentation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Geburtsdatum |  |
| Vorname |  | Geschlecht |  W |  M |
| Strasse, Nr. |  | Versicherungsnummer |  |
| PLZ, Ort |  | Telefon (Geschäft) |  |
| Bildmaterial  Ja Nein |  |  |  Selbstzahler | mündliche Aufklärung verstanden und unterschrieben |  Ja |
| Gewünschte Untersuchungsregion: **MRI**  **CT**  **Röntgen**  Hausarzt Labor |