|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | * **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 | | | | | | |