

Name: _____

GebDat.: _____

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Bei der Magnetresonanztomographie werden anstelle von Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen zur bildlichen Darstellung Ihres Körpers Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Manchmal ist es notwendig Kontrastmittel zu spritzen, welches aber praktisch keine Nebenwirkungen hat. Die Dauer der Untersuchung beträgt ca. 15 Minuten. In dieser Zeit hören Sie **laute Klopfgeräusche** und Sie sollten **ruhig liegen**. Ein/e Radiologietechnologe/in sitzt außerhalb des Raumes, überwacht die Untersuchung und kann jederzeit zu Ihnen kommen, falls Sie ein Problem haben.

Ein bestimmter Personenkreis kann mit dieser Methode nicht untersucht werden, darum bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

1.) **Körpergröße:** _____ cm

2.) **Körpergewicht:** _____ kg

3.) Haben Sie einen **Herzschrittmacher** oder **Defibrillator**? ja nein

4.) Wurden Sie an **Herz** oder **Kopf** operiert? ja nein

5.) Hatten Sie eine **Augenverletzung** (z.B.: Metall-, Granatsplitter)? ja nein

6.) Haben Sie ein **Mittelohrimplantat**? ja nein

7.) Haben Sie eine **biologische** oder **mechanische Herzklappe**? ja nein

8.) Haben Sie einen **Aneurysma(Gefäß-)clip im Schädel**? ja, seit: _____ nein

9.) Haben Sie einen **herausnehmbaren Zahnersatz**? ja nein

Falls ja, **wie hält dieser im Kiefer**? Kleber Druckknopf/Klammern Magnet Sonst: _____

10.) Haben Sie einen **Stent, Gefäßclip**? ja, seit: _____ nein

11.) Haben Sie eine **Schmerzpumpe** oder **Insulinpumpe**? ja nein

12.) Haben Sie einen **Sensor zur Blutzuckermessung** am Oberarm? ja nein

13.) Haben Sie **sonstige Metallteile** oder **-splitter** im Körper? ja nein

Falls ja: Was? _____ Wo? _____

14.) Leiden Sie an einer **schweren Nierenerkrankung** oder hatten Sie eine **Nieren-Operation**? ja nein

15.) Besteht eine **Kontrastmittelüberempfindlichkeit** (Allergie)? ja nein

16.) Sind Sie **tätowiert** oder haben Sie **Permanent Make-up(s)**? ja nein

17.) Für Frauen: **Sind Sie schwanger**? ja nein

Stillen Sie gerade? ja nein

Sind Sie Trägerin einer **Kupferspirale** oder **-kette**? ja nein

ACHTUNG: Legen Sie bitte folgende Gegenstände unbedingt ab:

Uhr, Scheckkarten mit Magnetstreifen, Hörapparate, Handys, Schmuck, Haarklammern, div. Metallteile

Ich bin einverstanden, dass an den/die behandelnden RadiologInnen, der/die in den letzten 24 Monaten eine Brustuntersuchung an mir durchgeführt hat/haben, folgende Daten über mich übermittelt werden:

Ergebnis der hierorts durchgeführten MR-Mammographie und Versicherungsnummer ja nein

Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich ohne Begründung widerrufen.

Anmerkung: Die Übermittlung dieser Daten erfolgt einmalig zu folgendem Zweck:

- Information der behandelnden RadiologInnen über die Ergebnisse der weiterfolgenden Abklärung und
- Information des zuständigen Krankenversicherungsträgers über den nächsten Einladungstermin zur Screening-Untersuchung.

Ich bestätige hiermit, dass ich das Aufklärungsblatt gelesen, verstanden und nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der vorgeschlagenen Untersuchung zu und bin mit einer eventuellen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Baden, am _____ **Unterschrift:** _____