

Name: _____

Geburtsdatum: _____

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 **Körpergewicht:** _____ kg
- 2.) Haben Sie einen **Herzschrittmacher** oder **Defibrillator**? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 3.) Wurden Sie an **Herz** oder **Kopf** operiert? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 4.) Hatten Sie eine **Augenverletzung** (z.B.: Metall-, Granatsplitter)? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 5.) Haben Sie ein **Mittelohrimplantat**? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 6.) Haben Sie eine **biologische oder mechanische Herzklappe**? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 7.) Haben Sie einen **Aneurysma(Gefäß-)clip im Schädel**? 0 ja, seit: _____ 0 nein ☐
- 8.) Haben Sie einen **herausnehmbaren Zahnersatz**? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- Falls ja, **wie hält dieser im Kiefer?** 0 Kleber 0 Druckknopf/Klammern 0 Magnet 0 Sonst: _____
- 9.) Haben Sie einen **Stent, Gefäßclip**? 0 ja, seit: _____ 0 nein ☐
- 10.) Haben Sie eine **Schmerzpumpe** oder **Insulinpumpe**? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 11.) Haben Sie einen **Sensor zur Blutzuckermessung** am Oberarm? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 12.) Haben Sie **sonstige Metallteile oder -splitter** im Körper? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- Falls ja: Was? _____ Wo? _____
- 13.) Leiden Sie an einer **schweren Nierenerkrankung** oder hatten Sie eine **Nieren-Operation**? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 14.) Besteht eine **Kontrastmittelüberempfindlichkeit** (Allergie)? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 15.) Sind Sie **tätowiert** oder haben Sie **Permanent Make-up(s)**? 0 ja ☐ 0 nein ☐
- 16.) Für Frauen: **Sind Sie schwanger?** 0 ja ☐ 0 nein ☐
 Stillen Sie gerade? 0 ja ☐ 0 nein ☐
 Sind Sie Trägerin einer **Kupferspirale oder -kette?** 0 ja ☐ 0 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 0 ja ☐ 0 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.

Wir bieten unseren Patientinnen und Patienten, sowie behandelnden Ärztinnen und Ärzten, die Möglichkeit rasch und unkompliziert über einen Verweis im Befund oder nach Eingabe eines TAN-Codes auf unserer Homepage die Bilder aller Untersuchungen jederzeit einzusehen und auch herunterzuladen.

Wünschen Sie die Bilddaten zusätzlich auf einer CD-ROM? 0 ja ☐ 0 nein ☐

Baden, am _____ **Unterschrift:** _____