

# Aufklärungsbogen Kernspintomographie

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

1.: Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt  
(z.B. Erhöhung des Kreatininwertes)?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

2.: Ist bei Ihnen eine Kontrastmittelallergie bekannt?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

3.: Leiden Sie unter Platzangst?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

4.: Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe  
oder ein Cochleaimplantat (Implantat im Ohr)?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

5.: Haben Sie irgendwelches andere Metall im Körper?  
Wenn JA, WO? \_\_\_\_\_

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

6.: Haben Sie ansteckende Krankheiten (Hepatitis?, HIV?)

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

7.: Ist bei Ihnen eine Schwangerschaft bekannt?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

8.: Darf der Befund an den überweisenden Arzt, oder an andere  
anfordernde Kollegen versandt werden?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

9.: Sind Sie, falls erforderlich, mit einer Kontrastmittelgabe  
einverstanden?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

10.: Möchten Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens haben?

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

11.: Im Falle einer Weiterbehandlung in einem anderen  
Krankenhaus/in einer anderen Praxis, bin ich mit der  
Übermittlung von notwendigem Bildmaterial und Befunden  
dorthin einverstanden.

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	----	--------------------------

Körpergröße? \_\_\_\_\_

Gewicht? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Antworten und dass ich das Informationsblatt  
gelesen, verstanden und keine weiteren Fragen habe.

Hiermit willige ich in die Untersuchung ein.

\_\_\_\_\_  
Datum:

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

**Diesen Aufklärungsbogen geben Sie bitte der Mitarbeiterin,  
die Sie zur Untersuchung aufruft!**