

Um ein bei Ihnen möglicherweise bestehendes höheres Risiko besser abschätzen zu können, bitten wir Sie, **folgende Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:**

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder ein Hörgerät? Ja Nein

2. Haben Sie Metallteile im Körper? Ja Nein

z.B.: Implantate, Defibrillator, Herzklappe, Ohrimplantat, Aneurysmaclip, Insulinpumpe, Schmerzpumpe, Gelenksprothese, Shunt, Port-a-Cath, Stent, Metallsplitter, Piercing

Wenn ja, welche?:.....

3. Haben Sie schon einmal eine MR-Untersuchung gehabt? Ja Nein

Hat es dabei Probleme gegeben?

Wenn ja: welche?:.....

4. Leiden Sie unter Platzangst? Ja Nein

Achtung: Wenn Ihnen wegen Platzangst ein Beruhigungsmittel verabreicht werden muss, sollten Sie in den nächsten 24 Stunden kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.

5. Leiden Sie an einer Nierenerkrankung? Ja Nein

6. Hatten Sie eine Nieren- oder Lebertransplantation? Ja Nein

7. Haben Sie Allergien, Asthma oder Medikamentenunverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja: welche?:.....

Jodallergien spielen bei dieser Untersuchung keine Rolle.

8. Verwenden Sie derzeit Hormon- oder Schmerzpflaster? Ja Nein

9. Sind Sie innerhalb der letzten 3 Tage tätowiert worden bzw. haben Sie ein Permanent Make-Up machen lassen? Ja Nein

10. Körpergewicht:.....

Körpergröße:.....

Für Patientinnen:

11. Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein

12. Stillen Sie? Ja Nein

13. Verhüten Sie mittels Spirale? Ja Nein

Achtung: Falls Sie eine Kupferspirale verwenden, bitten wir Sie nach der MRT Untersuchung einen Gynäkologen aufzusuchen, da es durch das Magnetfeld zu möglichen Verschiebungen kommen könnte.

Für Frauen ab dem 40. Lebensjahr

14. Möchten Sie, dass Sie das DZB für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm anmeldet, sodass Sie in den nächsten Tagen bei uns eine kostenlose Mammographie durchführen können?

- Ich bin damit einverstanden, dass die Bilder und Befunde der bei mir durchgeführten Untersuchung(en) an die Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) gesendet werden, damit sie dort im Falle einer notwendigen Behandlung meiner Person rasch abgerufen werden können. Diese übermittelten Bilder und Befunde werden im Wiener Krankenanstaltenverbund elektronisch abgelegt und gelangen erst bei meinem nächsten Besuch in einer Einrichtung des Wiener Krankenanstaltenverbundes zur Beachtung.

Ich bestätige, dass ich den Text gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe. Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen MRT-Untersuchung zu. In einem persönlichen Gespräch sind meine Fragen ausreichend beantwortet worden.

**Unterschrift der/des Patientin/en
bzw. des gesetzlichen Vertreters**

Name und Unterschrift Ärztin / Arzt

Datum / Uhrzeit

Name und Unterschrift der/des MTD

Wir bitten Sie, dieses Formular vor der Untersuchung dem Röntgenpersonal zu übergeben

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

.....
.....

Der Patient _____, geb.: _____ stimmt der Untersuchung nicht zu.

Im Fall der Ablehnung der Untersuchung wurde der/die Patient/in über die Folgen aufgeklärt.

.....