

### Einwilligungserklärung

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

**Zutreffendes bitte ankreuzen!** Befragung gem. § 28/1 RöV. Die Beantwortung nachstehender Fragen ist gesetzlich vorgeschrieben!

Sind Sie in den letzten 12 Monaten am selben Körperteil geröntgt worden?

Wenn ja: bei wem: \_\_\_\_\_ wann: \_\_\_\_\_

Was wurde geröntgt: \_\_\_\_\_

♀ Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein  Ungewiss

Ich willige in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

Gemäß § 73 (1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass neben meinem behandelnden Hausarzt, Befunde bei weiteren Leistungserbringern eingeholt und bei mir erhobene Befunde auch anderen mitbehandelnden Ärzten mitgeteilt werden dürfen. Sie können diese Willenserklärung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern

### CT

Die CT ist eine spezielle Röntgenuntersuchung, bei dem Querschnittsbilder von allen Abschnitten des Körpers angefertigt werden können. Durch spezielle technische Spezifikationen wird die Strahlendosis dabei so niedrig wie möglich gehalten. Bei dem Gerät handelt es sich um einen kurzen Ring mit breiter Öffnung, in die Sie auf einer weichen Unterlage durchgefahren werden. Die Untersuchung selbst dauert nur wenige Minuten. Während dieser Zeit sollten Sie ruhig liegen.

### MRT

Die MRT ist eine moderne Untersuchung ohne Röntgenstrahlen. Stattdessen werden Radiowellen in einem Magnetfeld verwendet. Das von Ihrem Körper zurückgesendete Signal wird zu einem Bild verarbeitet. Bislang sind keine Nebenwirkungen bekannt. Das Gerät steht in einem speziellen Raum. Sie werden auf einer beweglichen Liege in die etwa 90 cm große Öffnung gefahren. Während der Untersuchung hören sie Klopfgeräusche und ein lautes Brummen, verursacht durch die Schwingung der Bauteile, ähnlich wie bei einem Lautsprecher. Die Untersuchung dauert zwischen 10 und 15 Minuten. Es ist wichtig, dass Sie während dieser Zeit ruhig und entspannt liegen.

### Kontrastmittel

Eventuell ist die intravenöse Gabe von Kontrastmittel bei CT und MRT erforderlich. Dieses Kontrastmittel verbessert den Aussagewert der Untersuchung und macht die Beantwortung der Fragestellung häufig erst möglich. In der Regel verspüren Sie nur ein leichtes Wärmegefühl. Trotz millionenfacher Anwendung sind bisher meist nur geringfügige Nebenwirkungen wie Übelkeit bekannt geworden. Stärkere Nebenwirkungen (z. B. Allergien, Infektionen, Venenentzündung, Entzündung allgemein, Thrombosen, Nekrosen, Lungenembolie, Sepsis, Abszess, Organversagen, -verlust, Funktionsverlust, Dauerschäden) können letztlich aber nicht ausgeschlossen werden. Die Kontrastmittelgabe beim MRT kann auch bei Funktionsstörungen der Niere oder Schilddrüse erfolgen. Das Kontrastmittel im CT enthält als Grundsubstanz Jod, im MRT das Element Gadolinium. Wir nutzen in unserer Praxis ausschließlich das moderne, makrozyklisch-gebundene Gadolinium, das nach aktueller Studienlage keine signifikanten Ablagerungen macht. Die Kontrastmittelgabe wird individuell nach Fragestellung abgewogen und nach strenger Indikationsstellung verabreicht. Nach der Kontrastmittelgabe trinken Sie bitte gleich 2 Gläser Wasser um die Ausscheidung des Kontrastmittels zu fördern.

Bei speziellen Untersuchungen des Abdomens (Bauch) ist die Gabe von Buscopan notwendig, dies kann zu einer kurzfristigen Beeinträchtigung der Augen führen, daher ist es notwendig, dass Sie nach der Untersuchung noch 2 Stunden in der Praxis bleiben müssen.

#### Radiologische & Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis

**Standort Heiligenstadt**  
Brüsseler Str. 1d  
37308 Heiligenstadt  
Tel.: 03606 / 5907 – 0  
Fax: 03606 / 5907 – 10  
info@radiologie-heiligenstadt.de

[www.radiologie-heiligenstadt.de](http://www.radiologie-heiligenstadt.de)

**Standort Göttingen**  
Rosdorfer Weg 70a  
37081 Göttingen  
Tel.: 0551 / 270743-0  
Fax: 0551 / 270743 – 50  
info@radiologie-goettingen.de

[www.radiologie-goettingen.de](http://www.radiologie-goettingen.de)

**Bankverbindung:**  
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank  
**Heiligenstadt:**  
IBAN: DE96 3006 0601 0406 9098 41  
**Göttingen:**  
IBAN: DE43 3006 0601 0506 9098 41  
BIC: DAAEDEDXXX  
**Steuernummer:** 157/162/0880

**Gesellschafter:**  
M. Abdel-Rahmen – FA für Nuklearmedizin  
PD Dr. med. P. Hunold – FA für Radiologie  
E. Koc – FA für Radiologie  
Dr. med. B.-W. Raab – FA für Radiologie  
Dr. med. D. Wagner – FA für Diagn. Radiologie  
**Angestellte Ärzte:**  
Dr. med. A. Hutzelmann – FA für Radiologie/Neurodiagnostik  
Dr. med. S. Hegerfeldt – FÄ f. Radiologie

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Wann haben Sie das letzte gegessen und getrunken? Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Bei mir ist eine Allergie bekannt  Ja  Nein

Wenn ja, auf welche Stoffe reagieren Sie allergisch? \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel durchgeführt?  Ja  Nein

Um welche Untersuchung handelte es sich? \_\_\_\_\_

Sind sie an dem zu untersuchenden Körperteil schon einmal operiert wurden?  Ja  Nein

Leiden Sie an einer Funktionsstörung der Schilddrüse? Überfunktion/Unterfunktion  Ja  Nein

Leiden Sie an einer Nierenfunktionsstörung?  Ja  Nein

Nehmen Sie wegen Diabetes Medikamente ein? (Metformin?)  Ja  Nein

Haben Sie grünen Star?  Ja  Nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit? (keine Erkältung oder Grippe)  Ja  Nein

Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile oder Tätowierungen?  Ja  Nein

Wenn Ja bitte zutreffendes unterstreichen?

(Zahnprothese/festsitzende Zahnimplantate, Gelenkprothese, Hörgerät, Port, Gefäßclips, Nägel, Schrauben, Spirale, Metallplatten nach Frakturbehandlung, Retainer/Brackets, Draht, Piercing, Tätowierung, Metallsplitter)?

**Sollte während der Untersuchung eine der o.g. Dinge schmerzen, drücken Sie die Notfallklingel und beenden sofort die Untersuchung.**

Sind sie an Herz (z.B. Herzschrittmacher, Eventrecorder oder künstliche Herzklappen) oder Kopf (z. B. Shuntanlage) operiert worden?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Platzangst?  Ja  Nein

Wünschen Sie eine Beruhigung (Sedierung) vor der Untersuchung?  Ja  Nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

Bei Unsicherheit stellen wir Ihnen gern einen kostenpflichtigen Test zur Verfügung.

**Bitte legen Sie vor Betreten des MRT-Untersuchungsraumes alle Metallteile ab. Insbesondere:**

- Uhr, Brille, Ohrringe, Haarspangen, Piercings, Hörgeräte
- Make-up, **Nagellack** sowie Kunstnägel bzw. Nagelschmuck
- Metallteile an der Kleidung (Gürtelschnalle, Hosenträger, Knöpfe)
- Geldbörse, Kugelschreiber, Schlüssel u. andere Metallteile sowie Scheckkarten mit Chip (werden gelöscht)

### Erklärung des Patienten

Herr / Frau \_\_\_\_\_ hat mit mir heute anhand des Merkblattes ein Gespräch geführt.

- Mit einer Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.
- Ich konnte alle mich interessierende Fragen stellen, ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Untersuchung ein.
- Im Falle einer Ablehnung wurde ich über mögliche gesundheitliche Nachteile informiert.
- Auf eine Kopie der ausgefüllten Einwilligung verzichte ich.
- Ich willige ein, dass alle Vorbefunde durch das Personal der Radiologischen Praxis eingesehen werden dürfen.
- Ich wünsche einen kostenpflichtigen Expressbefund (15€).

Vermerke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_ Unterschrift Ärztin/Arzt