

# Einwilligung Kernspintomographie

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (tagsüber) / Mobil

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt

\_\_\_\_\_  
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Private Krankenversicherung

Selbstzahler

\_\_\_\_\_  
Name der Versicherung

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer

\_\_\_\_\_  
Gewicht

\_\_\_\_\_  
Größe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
die Kernspintomographie ist ein schonendes und sicheres Untersuchungsverfahren ohne  
Anwendung von Röntgenstrahlen. Folgende Punkte müssen unbedingt beachtet werden:

**1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator, Insulinpumpe, Cochlea-Implantat, Hörgerät?**

Nein

Ja

**2. Ist bei Ihnen eine Nierenerkrankung bekannt?**

Nein

Ja

**3. Leiden Sie unter „Grünem Star“ oder erhöhtem Augeninnendruck?**

Nein

Ja

**4. Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile? (Piercings müssen vor der Untersuchung entfernt werden).**

Nein

Ja

Wenn ja, welche und wo? \_\_\_\_\_

**5. Sind Sie schwanger?**

Nein

Ja

**6. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?**

**6.1. Tumorerkrankungen**

Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**6.2. Bluterkrankungen (z.B. Leukämie)**

Nein  Ja

**6.3. Asthma**

Nein  Ja

**6.4. Infektionskrankheiten (z. B. Hepatitis, HIV)**

Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**6.5. Anfallsleiden? (z.B. Epilepsie)**

Nein  Ja

**7. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente?**

Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**7.1. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente?**

Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**8. Ist die zu untersuchende Region bereits früher untersucht worden?**

Nein  Ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wo (Arzt, Klinik)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voraufnahmen? \_\_\_\_\_

**Mitgebrachte Unterlagen/Voraufnahmen/CD's händigen Sie bitte mit dieser Einverständniserklärung unserer Mitarbeiterin am Empfang aus. Im Anschluss an die Untersuchung erhalten Sie Ihre Unterlagen selbstverständlich wieder zurück.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**KONTRASTMITTELGABE:**

Bei einigen Untersuchungen kann die Gabe eines Kontrastmittels erforderlich sein. Dieses wird sehr gut vertragen.

**BITTE BEACHTEN SIE:** Folgende Gegenstände dürfen nicht mit in den Untersuchungsraum:

- Geldbeutel, lose Münzen
- Armbanduhr, Schmuck
- Kugelschreiber, Feuerzeug, Taschenmesser, Schlüssel
- EC-/ Kreditkarten
- Mobiltelefon
- Sonstige Gegenstände aus Metall
- Parkschein/Hotelkarten
- Haarnadeln/-klemmen
- Hörgeräte

Der Berechnung der Honorarleistung liegt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 01.01.1996 zugrunde (inkl. Ziffer 1+75). Der Ausgleich des Betrages ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt der Erstattung durch Ihre Krankenversicherung.

Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige in die Untersuchung ein.  
Einer Informations- und Befundweitergabe stimme ich zu (z.B. weitere Zuweiser, Kliniken etc.).

\_\_\_\_\_  
München, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

