

- Bitte aufmerksam durchlesen und in Druckschrift ausfüllen -

## LEBENSGEFAHR FÜR HERZSCHRITTMACHER-PATIENTEN !!!!!

**Radiologische Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Volker Keil, Dr. med. Uwe Roy**

Johanniterplatz 2a - Wirsbergstraße  
97070 Würzburg  
Tel. 0931 / 32 19 10  
Fax. 0931 / 3 21 91 91

Notfall

**MR**  
Privatpatient

**Bitte entsprechend ankreuzen:**

Kommen Sie zur Zeit  
aus dem Krankenhaus stationär:   
von zu Hause ambulant:

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Privatkasse: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
 Volltarif  
 Standardtarif (bitte Versicherungsnachweis unbedingt vorlegen)  
 Basistarif (bitte Versicherungsnachweis unbedingt vorlegen)

Mädchenname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Zusatzversicherung?  ja, welche \_\_\_\_\_  nein

Ich werde bei der Krankenkasse als:  Mitglied  Familienangehöriger  Rentner geführt.

Beihilfeberechtigt:  ja  nein

Wenn Sie Familienangehöriger sind: Name des Hauptversicherten \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Anschrift des überweisenden Arztes:** \_\_\_\_\_

Des zusätzlich zu benachrichtigenden Arztes (z.B. Hausarzt) \_\_\_\_\_

Vorgelegte Unterlagen: \_\_\_\_\_  zum Verbleib  Rückgabe

Wurden Sie schon bei uns untersucht?  ja, wann? \_\_\_\_\_  nein

Vor -CT/MR an einem anderem Institut?  ja, wann? \_\_\_\_\_  nein

Welches Institut? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine bösartige Erkrankung bekannt?  ja, wann festgestellt? \_\_\_\_\_  nein

Welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wo und welche Beschwerden haben Sie; welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Herzerkrankung / Herzschrittmacher?  ja, welche \_\_\_\_\_  nein

Alle früheren Operationen:  ja, welche Körperregion? \_\_\_\_\_  nein

Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt?  ja  nein

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

Serum-Kreatininwert: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mg/dl / µmol/l  
Kreatinin-Clearance  
ml/min

Wert okay?  ja  nein

Schwangerschaft?  ja  nein

**WICHTIG ! BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN**

Haben Sie Metall im oder am Körper?	<input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> nein
z.B.	<input type="checkbox"/> künstliche Gelenke	
	<input type="checkbox"/> Schrauben / Platten / Metallsplitter	
	<input type="checkbox"/> Operations-Clips	
<b>Hörgeräte, Prothesen, Glasauge, Perücke, Metallschmuck, etc. bitte ablegen!</b>		
<b>Für entstandene Schäden durch die MRT-Untersuchung kommt die Praxis nicht auf !!!</b>		

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

wenn Sie keine **METALLOBJEKTE** in Ihrem Körper (von Scheitel bis zur Sohle), insbesondere keinen **HERZSCHRITT- MACHER** tragen und alle **Metall-Gegenstände** vor der Untersuchung abgelegt haben, ist die MR-Untersuchung nach heutiger Kenntnis völlig ungefährlich.

Es werden keine Röntgenstrahlen verwandt; so brauchen Sie auch **keine Strahlenangst** zu haben.

Es ist möglich, dass im Verlauf der Untersuchung die Notwendigkeit entsteht, bei Ihnen ein sog. paramagnetisches "Kontrastmittel" anzuwenden. Bisher sind weltweit keine Überempfindlichkeitsreaktionen gegen dieses Mittel bekannt. Das bei der Kernspintomographie angewandte Kontrastmittel hat auch nichts mit den sonstigen Röntgenkontrastmitteln zu tun. Es enthält kein Jod. Aus rechtlichen Gründen sind wir angehalten, Ihre Unterschrift unter diesem Formular zu erbitten, mit der Sie sich auch zu einer Injektion dieses kernspintomographischen Kontrastmittels für den Fall bereit erklären, dass im Verlauf der Untersuchung die entsprechende Notwendigkeit auftreten sollte.

Um die unter vorgenannter Voraussetzung ungefährliche und diagnostisch wertvolle MR-Untersuchung für Sie zum Erfolg zu bringen, müssen Sie konsequent mitarbeiten. Das heißt, dass Sie während der Messzeit unbedingt ruhig liegen. Jede Bewegung wird das Bild stören bzw. die Untersuchung erheblich verlängern, da dann eine neue Messung nötig werden kann. Wir können eine Bildstörung durch Bewegung erst am Ende einer Untersuchung erkennen!

**Bitte haben Sie keine Angst vor dem großen Untersuchungsgerät! Es ist ungefährlich; es ist auch weltweit noch niemand steckengeblieben!**

**Wenn Sie an Platzangst leiden, müssen Sie uns dies unbedingt sagen!!!!**

Platzangst:             ja                     nein                     nicht bekannt

Sollten bei der Bilderstellung durch Angst-, Erregungs-, Spannungs- und/oder Unruhezustände Bewegungsartefakte sichtbar werden, bin ich mit der Gabe eines Beruhigungsmittels einverstanden.

Sie können während der Untersuchung auch Musik hören, falls Sie dies wünschen.

Musik:                     ja                     nein

**Wir bitten um Verständnis, dass untersuchungsbedingte Wartezeiten von mehr als 30 Minuten entstehen können!**

Ihre nachstehend vorgesehene Unterschrift erbitten wir zum Beweis dafür, dass Sie sich bezüglich der geplanten Untersuchung aufgeklärt fühlen, die Informationen inhaltlich verstanden haben, sich mit der Untersuchung nach ruhiger Überlegung und Willensentscheidung einverstanden erklären.

**Ich habe die ausliegenden Informationen gelesen und Verstanden.**             Ja                     Nein

**Ich habe das Anmeldeformular ausgefüllt und verstanden:**             Ja                     Nein

**Ich trage keine fremden Metallobjekte im Körper:**             Ja                     Nein

**Ich werde alle Metallgegenstände in der Kabine ablegen:**             Ja                     Nein

Ich versichere, dass ich meine Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unvollständige Angaben ggf. zu einer Einschränkung der diagnostischen Aussagefähigkeit der Untersuchung führen können.

Ich versichere auch mit meiner Unterschrift, dass meine finanziellen Verhältnisse geordnet sind, insbesondere in den letzten drei Jahren keine Vollstreckungsmaßnahmen gegen mich ergriffen wurden und ich in der Lage bin, als Privatpatient die anfallenden Kosten und Auslagen für die Untersuchung zu tragen. Ich werde spätestens nach 4 Wochen den Rechnungsschuldbetrag begleichen.

Würzburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bzw. des Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes