



KARDIOLOGIE AM BODENSEE

Kardiologische Praxis und Kardio-MRT

KARDIOLOGIE AM BODENSEE Löwenstrasse 16 | CH- 8280 Kreuzlingen

Dr. med. Michael Pieper
PD Dr. med. Henning Steen

Fachärzte für Innere Medizin /
Kardiologie FMH

Löwenstrasse 16
CH-8280 Kreuzlingen

T +41 71 544 13 78
F +41 71 544 13 79

info@kardiologie-bodensee.ch
www.kardiologie-bodensee.ch

MRT Aufklärung

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

1. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher, Neurostimulator, ein Defibrillatorsystem** oder andere **implantierte elektronische Geräte** ? ja nein

Wenn ja, darf die Untersuchung bei Ihnen nicht durchgeführt werden !!!!

2. Haben Sie eine **Metallsplitterverletzung, Akupunktur**nadel am Körper? ja nein

3. Tragen Sie ein **künstliches Gelenk** oder Schrauben, Platten, Nägel nach einer **Knochenbruchoperation** ? ja nein

4. Tragen Sie ein **Hörgerät** oder **Innenohrimplantat** ? ja nein

Wenn ja, legen Sie das Hörgerät bitte in der Umkleidekabine ab !!!!

5. Tragen Sie einen **herausnehmbaren Zahnersatz** ? ja nein

6. Tragen Sie eine permanente **Make-up, Piercing** oder eine **Tätowierung**? ja nein

7. Ist bei Ihnen eine **Herz-, Gehirn- oder Gefäßoperation** durchgeführt worden ? ja nein
wenn ja, welcher Art ? _____

8. Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft** ? ja nein

9. Ist bei Ihnen eine **Nierenfunktionsstörung** bekannt ? ja nein

10. Ist bei Ihnen eine **Kontrastmittelallergie** bekannt ? ja nein

11. Ich bin mit einer **Kontrastmittelgabe** (Gadoliniumpräparat) einverstanden. ja nein
(sehr gute Verträglichkeit; selten Auftreten von Überempfindlichkeitsreaktionen, Allergie)

Spezieller Teil der Aufklärung für das Herz MRT

12. Welche **Herzrisikofaktoren** haben Sie?

Diabetes mellitus (Zucker)

Nikotin

Hypercholesterinämie (Blutfettwerte)

Übergewicht

Arterielle Hypertonie (hoher Blutdruck)

Familiäre Herzkrankheit



KARDIOLOGIE AM BODENSEE

Kardiologische Praxis und Cardio-MRT

13. Welche von diesen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- Glaukom (Grüner Star) Hüft/Knie TEP (wann)
- Asthma bronchiale Piercing/Tattoo
- Allergie:

14. Fragen zu einer möglichen Herzerkrankung bei Ihnen:

- Besteht bei Ihnen Verdacht auf eine koronare Herzerkrankung?

Ist eine Koronare Herzerkrankung bei Ihnen bekannt?

- 1 Gefäßerkrankung 2-Gefäßerkrankung 3-Gefäßerkrankung

15. Trifft für Sie **eines oder mehreres** der folgenden Dinge zu?

- Stattgehabter Herzinfarkt (wann?)
- Stattgehabte Bypass-Operation (wann, wo?)
- Implantation von Herzstents (wann, wo?)

Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin darüber aufgeklärt worden, **alle metallischen Teile** (z.B. Uhr, Brille, Haarklammern, Schlüssel, Schmuck, Münzgeld, Mobiltelefon und Magnetstreifenkarte) **vor Betreten des Untersuchungsraums abzulegen**.

Vom Patienten zu unterschreiben

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und willige in die Untersuchung ein.

Kreuzlingen, den _____

Ich **willige** in die Durchführung der Kernspintomographie **nicht ein**. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch Diagnose und Behandlung einer etwaigen Erkrankung erheblich verzögern und erschweren können.

Kreuzlingen, den _____

Vom Arzt zu unterschreiben

Kreuzlingen, den _____

Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch