

Schriftliche Einwilligung in die Erbringung einer Gesundheitsdienstleistung (medizinisches Verfahren)

Bezeichnung der Gesundheitsleistung (Verfahren oder Untersuchung): Magnetische Resonanz (MR)

Nach einer vorangegangenen Untersuchung hat Ihr Arzt die oben genannte Gesundheitsleistung (Verfahren oder Untersuchung) empfohlen, für die wir Ihre Zustimmung benötigen. Im Folgenden finden Sie Informationen zu dieser Untersuchung, die Sie bei Bedarf durch ein Gespräch mit einer Fachkraft erweitern können. Abschließend werden Sie Ihre informierte Zustimmung oder Ablehnung zu diesem medizinischen Verfahren geben.

Grund für die erbrachte Gesundheitsdienstleistung - Zweck, Art, Nutzen für den Patienten, mögliche Alternativen:

Was ist die Magnetresonanztomographie

Die Magnetresonanztomographie (MRT) ist eine bildgebende Untersuchungsmethode, bei der keine Röntgenstrahlen, sondern starke magnetische und hochfrequente elektromagnetische Felder eingesetzt werden. Ziel dieser Untersuchung ist es, Bilder der untersuchten Organe oder Informationen über deren Funktion oder biologische Zusammensetzung zu erhalten. Die Untersuchung ist nicht schmerzhaft. In einigen Fällen wird ein zusätzliches Kontrastmittel verwendet, das, außer in sehr seltenen Fällen, keine unerwünschten Reaktionen hervorruft.

Der Zweck der Magnetresonanztomographie

Zweck der MRT-Untersuchung ist es, mögliche Veränderungen in der Struktur von Organen und Geweben im Untersuchungsgebiet festzustellen oder bereits bekannte Veränderungen zu beurteilen. Die gewonnenen Informationen helfen Ihrem Arzt, Ihre Krankheit zu diagnostizieren, die Diagnose zu verfeinern oder den Verlauf Ihrer Krankheit zu überwachen (z. B. um den Erfolg Ihrer Behandlung zu überprüfen). Die Verwendung eines Kontrastmittels dient dazu, die Empfindlichkeit der Untersuchung zu erhöhen und die Diagnose zu verfeinern oder die Blutgefäße gezielt zu untersuchen.

Leistungsalternativen

Ultraschall oder Computertomographie (CT) können in manchen Fällen eine Alternative zu dieser Untersuchung sein, liefern aber in den meisten Fällen nicht die gleiche Qualität an diagnostischen Informationen wie die MRT und können daher nicht als vollwertige Alternative angesehen werden. Darüber hinaus basiert die CT auf der Verwendung von Röntgenstrahlen, die ein gewisses Gesundheitsrisiko bergen. Auf der anderen Seite hat die CT den Vorteil, dass sie die Untersuchung beschleunigt, Knochen abbildet und auch bei implantierten Geräten, die eine MRT ausschließen (z. B. Herzschrittmacher), eingesetzt wird.

Vorbereitung auf eine Gesundheitsdienstleistung (Untersuchung oder Eingriff):

Vor der Untersuchung der Bauchhöhle muss der Patient 3-4 Stunden vor dem Eingriff nüchtern sein (**Dauermedikamente können mit Wasser eingenommen werden**). Aufgrund der möglichen Anwendung von Kontrastmitteln.

- Während der Untersuchung darf sich kein metallisches (oder nichtmagnetisches) Material im Gerät befinden. Lassen Sie daher Schmuck, Metallspangen, Haarnadeln, Uhren, Schlüssel, Münzen, Bankkarten, Mobiltelefone, Fixierschienen, Prothesen usw. unbedingt zu Hause oder lassen Sie sie vor der Untersuchung in der Kabine.
- Nehmen Sie vor der Untersuchung Hörgeräte, Brillen, Kontaktlinsen und herausnehmbaren Zahnersatz in der Kabine ab.
- Bei der Untersuchung des Kopfes ist es wünschenswert, dass der Untersuchte keine Wimperntusche trägt.
- Falls erforderlich, wird das Kontrastmittel in einer kleinen Menge (etwa 10-20 ml) durch Injektion direkt in eine Vene, selten in ein Gelenk, verabreicht.
- In Ausnahmefällen kann das Kontrastmittel auch oral verabreicht werden. Bei Kindern oder Personen mit Angst vor geschlossenen Räumen (Klaustrophobie) kann es notwendig sein, Beruhigungsmittel zu verabreichen

Das Verfahren zur Erbringung einer Gesundheitsdienstleistung (Untersuchung oder Eingriff):

Das Fachpersonal wird Sie auf die Untersuchungsliege legen und den zu untersuchenden Bereich in die entsprechende Untersuchungsspule einlegen. Zu Ihrer Sicherheit (um Verletzungen Ihrer Gliedmaßen zu vermeiden, wenn die Untersuchungsliege in die Maschine gerollt wird, und um zu verhindern, dass Sie während des Transfers stürzen) können an Bauch und oberen Gliedmaßen Fixiergurte angebracht werden. Die mobile Untersuchungsliege wird mit Ihnen in den Untersuchungsraum der Maschine (Tunnel) gefahren. Die Untersuchung dauert in der Regel 20-50 Minuten. Während dieser Zeit müssen Sie unbedingt stillhalten, da Bewegungen von Körperteilen die Untersuchung ungültig machen. Bei der Untersuchung der Brust- und Bauchorgane werden Sie wiederholt aufgefordert, während der Untersuchung die Luft anzuhalten, um unerwünschte Bewegungen des Rumpfes so weit wie möglich auszuschließen. Die MRT-Untersuchung wird von Geräuschen begleitet, die in ihrer Intensität variieren können. Aus diesem Grund werden Ihnen Kopfhörer oder Ohrstöpsel zur Verfügung gestellt.

Bei einem Notfall (z.B. Übelkeit oder Schmerzen) können Sie mit dem Signalgeber in Ihrer Hand sofort Kontakt mit dem Personal der MR-Abteilung aufnehmen.

Risiken und mögliche Folgekomplikationen:

Die Magnetresonanztomographie ist eine Untersuchungsmethode, die ein starkes Magnetfeld nutzt. Sie basiert nicht auf Röntgenstrahlen. Es sind keine schädlichen Auswirkungen der MRT nachgewiesen worden. Als Vorsichtsmaßnahme wird die Untersuchung jedoch nicht für Frauen im ersten Trimester der Schwangerschaft empfohlen. Schwere allergische Reaktionen auf die bei der MRT verwendeten Kontrastmittel sind sehr selten, und die Abteilung ist in der Lage, lebensbedrohliche Zustände zu behandeln. Die Intensität der allergischen Reaktionen reicht von leichten Symptomen (Urtikaria, Rötung, Juckreiz) bis hin zu schweren Reaktionen (Schwellung der Atemwege und der Lunge, Blutdruckabfall und Anstieg der Herzfrequenz, im Extremfall Herz- und Lungenversagen), die sofortige ärztliche Hilfe erfordern können.

Empfehlung an den Patienten nach der erbrachten Gesundheitsleistung (Untersuchung oder Eingriff), ggf. durch Einschränkung der gewohnten Lebensführung, Arbeitsfähigkeit, Veränderungen der Gesundheitsfähigkeit:

Wenn Sie sich nach der Untersuchung wohl fühlen, Ihnen nicht übel ist und Sie keine Beruhigungsmittel erhalten haben, können Sie mit Ihrem Programm fortfahren.

Stillende Mütter unterbrechen das Stillen für 24 Stunden nach der Kontrastmittelgabe (es empfiehlt sich daher, für diesen Zeitraum vor der Untersuchung Milch zu sammeln). Innerhalb von 24 Stunden wird das Kontrastmittel aus Ihrem Körper ausgeschieden.

Behandlungsschema und vorbeugende Maßnahmen:

Nach der Untersuchung mit dem Kontrastmittel wartet der Patient aufgrund der Möglichkeit einer verzögerten allergischen Reaktion auf das Kontrastmittel noch weitere 20 Minuten im Wartezimmer. Sollten nach der Untersuchung mit Kontrastmittel erst nach Verlassen der medizinischen Einrichtung allergische Symptome (Hautausschlag, Übelkeit, Atemnot) auftreten, informieren Sie umgehend Ihren behandelnden Arzt oder den ärztlichen Notdienst.

Überprüfung von Leistungskontraindikationen:

Markieren Sie für jedes Element eine der JA/NEIN-Optionen oder lassen Sie keine Option unmarkiert, wenn Sie sich nicht sicher sind.

Ich habe einen Herzschrittmacher und/oder Defibrillator . (ein Gerät, das die Aktivität des Herzens beeinflusst - „Wecker“)	JA	NEIN
Ich hatte zuvor einen Herzschrittmacher implantiert und hatte noch Elektroden in meinem Körper.	JA	NEIN
Ich habe eine implantierte Infusionspumpe (z. B. zur Insulindosierung).	JA	NEIN
Ich habe einen implantierten Vitalzeichenmonitor oder Neurostimulator .	JA	NEIN
Ich habe Metallklammern nach einer Gehirnoperation, Gefäße (Clips, Embolisationsspiralen).	JA	NEIN

Ich habe ein Cochlea-Implantat (ein Hörhilfgerät)	JA	NEIN
Ich habe Metall-/Elektronik-/Titanimplantate (Gelenkersatz, Metallplatten oder Schrauben).	JA	NEIN
Ich habe ein Sternalimplantat zur Behandlung einer eingesunkenen Brust.	JA	NEIN
Ich stehe vor einer Operation wegen eines Aneurysmas (Ausbeulung) einer Hirnarterie.	JA	NEIN
Ich habe Herzklappen implantiert (mechanisch oder biologisch).	JA	NEIN
Ich habe metallische Fremdkörper in meinem Auge oder anderswo im Körper (Splitter, Splitter).	JA	NEIN
Ich habe Stents (Gefäßverstärkungen) oder Venenfilter in meinem Körper.	JA	NEIN
Ich habe eine schwere Nierenerkrankung (Dialyse).	JA	NEIN
Ich habe eine Leber- oder Nierentransplantation hinter mir.	JA	NEIN
Ich bin neurochirurgisch oder anderweitig operiert worden (was, wann).	JA	NEIN
Ich habe einen Blasenstimulator .	JA	NEIN
Ich habe ein Piercing, eine Tätowierung oder permanentes Make-up.	JA	NEIN
Ich habe Zahnersatz, eine Brücke oder eine Zahnspange.	JA	NEIN
Ich habe eine Allergie gegen Medikamente, Desinfektionsmittel oder Kontrastmittel.	JA	NEIN
Ich bin schwanger (wenn JA, Woche/Monat angeben) oder stille .	JA	NEIN
Ich habe Angst vor geschlossenen Räumen (Klaustrophobie).	JA	NEIN

Wenn Sie bei einer der Optionen JA angekreuzt haben, WARNEN Sie sofort das Personal der MRT-Abteilung!!!

Höhecm Gewicht.....kg

Ich bin mit der Anwendung von Gadolinium-Kontrastmitteln einverstanden/abgelehnt*

*)Nichtzutreffendes streichen

Erklärung

Ich bin ausführlich über die Erbringung der Gesundheitsdienstleistung (Eingriff oder Untersuchung) alle Alternativen, ihren Nutzen und ihre Risiken informiert worden, und ich hatte die Möglichkeit, eine der Alternativen zu wählen (es sei denn, die erbrachte Gesundheitsdienstleistung unterliegt besonderen Rechtsvorschriften).

Ich bin über die möglichen Einschränkungen meiner gewohnten Lebensweise und Arbeitsunfähigkeit nach Erbringung der Gesundheitsleistung (Eingriff oder Untersuchung), die möglichen zu erwartenden Veränderungen meines Gesundheitszustandes und meiner medizinischen Leistungsfähigkeit informiert worden.

Ich bin über das Behandlungsschema, geeignete Präventivmaßnahmen und die Möglichkeit weiterer Gesundheitsleistungen (Nachuntersuchungen) informiert worden.

Ich erkläre, dass ich die Möglichkeit hatte, zusätzliche Fragen zu stellen, die ordnungsgemäß beantwortet wurden, und dass ich die Informationen und Anweisungen vollständig verstanden habe und mit dem vorgeschlagenen Verfahren einverstanden bin.

Für den Fall, dass unerwartete Komplikationen auftreten, die dringend weitere medizinische Leistungen (Eingriffe) zur Rettung des Lebens oder der Gesundheit erforderlich machen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle weiteren notwendigen und dringenden medizinischen Leistungen (Eingriffe) zur Rettung des Lebens oder der Gesundheit durchgeführt werden.

Patient/in: Versicherungsnummer:

Unterschrift der Patientin/des Patienten Telefon:.....

Gesetzlicher Vertreter: Beziehung:.....

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Identifizierung des Arztes:

Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

Unterschrift und Identifikation des MR-Beauftragten, der die Daten überprüft hat

In Prag am Uhrzeit:.....

Wenn der Patient nicht unterschreiben kann (Grund angeben):

Ist der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage, das Protokoll zu unterschreiben, bestätigen der behandelnde Arzt und ein weiterer Zeuge mit ihrer Unterschrift die unzweifelhafte Willensbekundung (durch Nicken, Bewegen der Augenlider, Gliedmaßen usw.). Im Protokoll ist anzugeben, auf welche Weise der Versicherte seinen Willen geäußert hat und aus welchen medizinischen Gründen die Unterschrift des Versicherten nicht möglich war.

Gesundheitliche Gründe, die die Unterschrift des Versicherten verhindern:

Art der Willensbekundung des Versicherten:

Vor- und Nachname (bzw. Stempel), Unterschrift des Zeugen: