

MRT Anamnesebogen (Evidia Body Insights)



Persönliche Angaben

Name

Vorname

E-Mail-Adresse

Name / Adresse Hausärzt:in

Geburtsdatum

Körpergröße
(in cm)Körpergewicht
(in kg)

Kontaktdaten

Straße + Hausnr.

PLZ + Wohnort

Telefonnummer

Was ist Ihr Hauptanliegen mit der Untersuchung?

Untersuchung aufgrund eines familiären Risikos (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs in der Familie)

Allgemeine Vorsorge (Umfassender Gesundheitscheck)

Leistungsfähigkeit optimieren / Sportliche Leistung verbessern

Fragestellung zu Brustimplantat klären

Sind bei Ihren Angehörigen 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) oder 2. Grades (z. B. Großeltern, Tanten, Onkel) folgenden Erkrankungen aufgetreten?

Krebserkrankungen (maligne Tumoren):

Brust Prostata Dickdarm/Enddarm Pankreas Gehirn Lunge Leber
Sonstige Region:

Herzinfarkt Schlaganfall Gefäßverschlüsse Gefäßerweiterungen (Aneurysma)
Gefäßschwäche (Dissektion) Demenzerkrankung

Chronisch entzündliche Erkrankungen:

Morbus Crohn Multiple Sklerose Sonstige:

Mir sind keine solchen Erkrankungen in meinem Familiären Umfeld 1. oder 2. Grades bekannt.

Gibt es ärztliche Hinweise oder Vorbefunde, aufgrund derer Sie an einem Termin interessiert sind?

Diabetes Hinweis auf dichtes Brustgewebe Erhöhtes Cholesterin oder Blutfette Bluthochdruck
Unklare Befunde in Ultraschall, CT oder MRT Diagnose einer Krebserkrankung in der Vergangenheit
Tumormarker (PSA/CEA) Nichts davon trifft auf mich zu Sonstige Region:

Rauchen Sie?

Nein, habe ich nie

Ja, ich bin Ex-Raucher:in

Ja, ich rauche aktuell

Falls Sie aktuell rauchen oder Ex-Raucher:in sind:

Wie viele Jahre haben Sie geraucht/rauchen Sie schon?

Wie viele Zigaretten pro Tag?

Wie viele Standardgläser Alkohol trinken Sie im Durchschnitt pro Woche? (1 Standardglas = z. B. ein kleines Bier (0,3 l) oder ein Glas Wein (0,15 l).)

0 1 – 2 3 – 7 8 – 14 Mehr als 14

Wurde bei Ihnen bereits ein MRT durchgeführt? Ja Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe oder einen Nervenstimulator (Tens-Gerät)? Ja Nein

Haben Sie Metallteile im Körper? Ja Nein

(z. B. Stents, Piercings, Skin Diver, Blutzucker-Sensor, Granatsplitter, Implantate, Cochlea Implantat, Tätowierungen)
Bitte entfernen Sie Piercings und Schmuck bereits vor der Untersuchung.

Wenn ja, welche Metallteile?

Welche Hobbies und Sportarten führen Sie aus?

Wie viele Minuten bewegen Sie sich pro Woche in moderater oder kräftiger Intensität?

Zum Beispiel zügiges Gehen, Radfahren, Sport.

1 Std. 1 – 2,5 Std. 2,5 – 5 Std Mehr als 5 Std

Leiden Sie unter Platzangst (Klaustrophobie)? Ja Nein

Traten bei Ihnen bei früheren Untersuchungen allergische Reaktionen auf MRT-Kontrastmittel (Gadolinium) auf? Ja Nein

Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein? Ja Nein Stillen Sie? Ja Nein

Für Männer: Wenn bei Ihnen in der Vergangenheit ein erhöhter PSA-Wert festgestellt wurde, wie hoch war dieser?

Hinweis: Vor dem Prostata-MRT muss ihr PSA-Wert bei Ihrem Hausarzt/Urologen mittels Blutuntersuchung ermittelt werden.

Ich wünsche eine Kopie dieses Anamnesebogens. Ja Nein

Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme per E-Mail und Telefon – Datenschutzrechtlicher Hinweis

Ihre Gesundheitsdaten sind besonders schützenswerte personenbezogene Daten. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer ärztlichen Pflichten. Die Kontaktaufnahme per E-Mail birgt ein erhöhtes Risiko der unbefugten Kenntnisnahme durch Dritte, da E-Mails ohne gesonderte Verschlüsselung nicht vollständig gesichert übertragen werden können. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Eine Verweigerung hat keinerlei Auswirkung auf Ihre Behandlung. Einzelne Einwilligungen können unabhängig voneinander erteilt und widerrufen werden.

Ich willige in folgende Arten der Kontaktaufnahme ein (Zutreffendes bitte ankreuzen):
Kontaktaufnahme per Telefon

 Terminvereinbarung, Terminerinnerungen und Terminabsagen
 Übermittlung von Befunden (ohne sensible Diagnosen)
 Allgemeine organisatorische Mitteilungen
 Hinterlassen von Nachrichten auf dem Anrufbeantworter
 (nur allgemeine Hinweise, keine Diagnosen)

Kontaktaufnahme per E-Mail

 Terminvereinbarung, Terminerinnerungen und Terminabsagen
 Übermittlung von Befunden und medizinischen Informationen
 Allgemeine Praxisinformationen und organisatorische
 Mitteilungen

Einwilligung zur Marketingkommunikation

Ich willige ein, dass die Praxis mich über neue Angebote, Leistungen und Aktionen informiert, und zwar per:

E-Mail Telefon

Risikobelehrung E-Mail

Ich bin darüber informiert worden, dass die Übertragung von E-Mails ohne Ende-zu-Ende-Verschlüsselung (z. B. S/MIME oder PGP) grundsätzlich mit Risiken verbunden ist. Dritte könnten theoretisch Kenntnis von den übermittelten Inhalten erlangen. Ich nehme dieses Risiko bewusst in Kauf und entbinde die Praxis insoweit von der Haftung.

Widerrufsrecht

Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Der Widerruf kann schriftlich, mündlich oder per E-Mail an die Praxis gerichtet werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt unberührt.

 Verantwortliche Stelle: Evidia GmbH • Freie-Vogel-Str. 371 • 44269 Dortmund • Telefonnummer • bodyinsights@evidia.de

Datum

Unterschrift

Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme über WhatsApp

Persönliche Angaben

Name

Vorname

E-Mail-Adresse

Kontaktdaten

Straße + Hausnr.

PLZ + Wohnort

Telefonnummer

1. Zweck der Kommunikation

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Arztpraxis (im Folgenden: „Praxis“) mit mir über den Instant-Messaging-Dienst WhatsApp (Meta Platforms Ireland Ltd.) kommuniziert. Dies kann folgende Inhalte umfassen:

- Terminvereinbarungen, -erinnerungen und -absagen
- Übermittlung von Dokumenten (z. B. Rezepte, Überweisungen, Befunde, Atteste)
- Allgemeine organisatorische Rückfragen
- Beantwortung einfacher medizinischer Fragen (keine Ferndiagnose)

2. Hinweise zum Datenschutz und zu Risiken

Ich wurde ausdrücklich auf folgende Punkte hingewiesen:

- WhatsApp ist kein nach Art. 9 DSGVO zertifizierter sicherer Kommunikationskanal für Gesundheitsdaten. Trotz Ende-zu-Ende-Verschlüsselung speichert Meta Metadaten (z. B. Zeitpunkte, beteiligte Nummern).
- Meine Nachrichten können auf dem Gerät der Praxis und meinem eigenen Gerät gespeichert und von Dritten (z. B. bei Verlust oder Diebstahl des Gerätes) eingesehen werden.
- Die Praxis trifft technische und organisatorische Maßnahmen (z. B. Gerätesperre, getrenntes Geschäftsgerät), um unbefugten Zugriff zu minimieren.
- Für dringende medizinische Anliegen oder Notfälle ist WhatsApp nicht geeignet. In solchen Fällen ist der Notruf (112) oder die ärztliche Bereitschaftsnummer (116 117) zu kontaktieren.

3. Rechtsgrundlage

Die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten über WhatsApp erfolgt auf Grundlage meiner ausdrücklichen Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

4. Widerruf der Einwilligung

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann – schriftlich, mündlich oder per Nachricht an die Praxis. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung.

5. Erklärung

Ich habe die oben genannten Hinweise gelesen und verstanden.

Ich willige freiwillig in die Kommunikation mit der Praxis über WhatsApp ein.

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung keine Voraussetzung für die ärztliche Behandlung ist.

Ich möchte keine WhatsApp-Kommunikation – bitte kontaktieren Sie mich ausschließlich telefonisch oder schriftlich.

Risikobelehrung E-Mail

Ich bin darüber informiert worden, dass die Übertragung von E-Mails ohne Ende-zu-Ende-Verschlüsselung (z. B. S/MIME oder PGP) grundsätzlich mit Risiken verbunden ist. Dritte könnten theoretisch Kenntnis von den übermittelten Inhalten erlangen. Ich nehme dieses Risiko bewusst in Kauf und entbinde die Praxis insoweit von der Haftung.

Widerrufsrecht

Ich kann diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Der Widerruf kann schriftlich, mündlich oder per E-Mail an die Praxis gerichtet werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt unberührt.

Verantwortliche Stelle: Evidia GmbH • Freie-Vogel-Str. 371 • 44269 Dortmund • Telefonnummer • bodyinsights@evidia.de

Datum

Unterschrift

Patientenaufklärung Magnetresonanztomographie (MRT / Kernspintomographie)

Was ist eine MRT-Untersuchung?

Die Magnetresonanztomographie (MRT) ist ein bildgebendes Verfahren, das mit einem starken Magnetfeld arbeitet. Es werden dabei keine Röntgenstrahlen eingesetzt, sodass keine Strahlenbelastung entsteht. Die Methode liefert detaillierte Aufnahmen von Organen, Gelenken und Weichteilen.

Wann ist eine MRT-Untersuchung nicht möglich?

In folgenden Fällen kann die Untersuchung nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden:

- Herzschrittmacher, Defibrillatoren oder andere implantierte elektronische Geräte – das Magnetfeld kann deren Funktion beeinträchtigen.
- Metallische Fremdkörper – bitte informieren Sie uns vorab über frühere Operationen oder Unfälle.

Zahnimplantate, Kronen und Brücken sind in der Regel unproblematisch und stellen kein Hindernis dar.

Bitte teilen Sie uns vor der Untersuchung mit, wenn Sie Implantate, Prothesen oder sonstige Metallteile im Körper tragen.

Was müssen Sie vor der Untersuchung beachten?

Alle metallhaltigen Gegenstände müssen vor Betreten des Untersuchungsraums abgelegt werden, zum Beispiel:

- Schmuck, Uhren, Haarnadeln, Piercings
- Hörgeräte, Brillen
- Schlüssel, Münzen, Gürtel mit Metallschnalle
- Mobiltelefone und andere elektronische Geräte

EC- und Kreditkarten sowie andere magnetisch kodierte Karten werden durch das Magnetfeld dauerhaft unbrauchbar gemacht. Bitte lassen Sie diese im Vorraum.

Wie läuft die Untersuchung ab?

Sie legen sich auf eine gepolsterte Liege, die automatisch in das Gerät gefahren wird. Während der Aufnahme ist es wichtig, so ruhig wie möglich zu liegen, damit die Bilder scharf werden.

Das Gerät erzeugt während der Messung laute Klopf- und Vibrationengeräusche – das ist normal. Sie erhalten selbstverständlich Gehörschutz. Über eine Klingel können Sie jederzeit Kontakt zu uns aufnehmen. Wir beobachten Sie während der gesamten Untersuchung über ein Sichtfenster und per Kamera.

Wie lange dauert die Untersuchung?

Die Untersuchungsdauer wird individuell an Ihre Fragestellung angepasst. In der Regel sollten Sie ca. 20 bis 45 Minuten einplanen.

Können Komplikationen auftreten?

Die MRT ist ein gut verträgliches Verfahren. In seltenen Fällen können auftreten:

- Leichte Venen- oder Hautreaktionen durch das Kontrastmittel (wird nur beim Brust-MRT eingesetzt)
- Vorübergehendes Unwohlsein oder Wärmegefühl
- Hautreizungen bei Personen mit Tätowierungen oder metallhaltigem Make-up (z. B. bestimmte Lidschatten oder Foundations)

Ernstere allergische Reaktionen sind extrem selten. Unser Team ist auf solche Situationen vorbereitet.