

<h1>Myelographie</h1> <h2>Postmyelo-CT</h2>	Ü-schein: J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Neuer Pat: J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<b>Versicherung</b> G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Ambulant J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Zusatz-Versichert J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
	Voraufnahmen J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> KM-Allergie J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Stationär J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Zusatz-Versichert J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Termin :	Funktion <input type="checkbox"/>	CT <input type="checkbox"/>	Vorgespräch J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		Quick	PTT
Einschub <input type="checkbox"/>	FAX <input type="checkbox"/>	Post <input type="checkbox"/>	Abholen <input type="checkbox"/>	Anmeldung	MTRA	Arzt

Vermerk zur Abrechnung:  ausführliches Patientengespräch Dr.: \_\_\_\_\_  
 KM Reaktion, betreut durch Dr.: \_\_\_\_\_

KM	DL Zeit	cGy	Aufnahmen	Medikamente
CT Höhen	Scans	CTDIvol	DLP	Filme: L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>

Akademischer Titel:	Geb. Dat.:
Name:	Tel.privat:
Vorname:	Tel. gesch.:
Straße:	Krankenkasse:
PLZ / Ort:	Hausarzt/ Überweiser:

Region: LWS  BWS  HWS  PAN  Notizen Arzt: \_\_\_\_\_

Aufklärung zugeschickt: \_\_\_\_\_  
Name Datum

**Überweisungsschein fehlt:**  **Versichertenkarte fehlt:**  
 Ich reiche den Überweisungsschein/Versicherten-Karte innerhalb einer Woche nach.  
 Der überweisende Arzt ist mit der geplanten Untersuchung einverstanden.  
 Bei nicht nachgereichtem Überweisungsschein wird eine Privatrechnung gestellt.

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

**PRIVATPATIENT**  
 Ich stimme einer Rechnung für das Arzthonorar zu (der **2,5-fache** Satz wird nicht überschritten).  
**Der Vertrag gilt zwischen Patient und Arzt.** Aus diesem Grunde sind eventuelle Erstattungsdifferenzen,  
 die durch verschiedene Auslegungen der Gebührenordnung entstehen, vom Patienten zu tragen.

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

**Datenschutz**

- Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V (Sozialgesetzbuch) willige ich hiermit ein, dass die Radiologie München-Nord, Befunde im Rahmen der aktuellen Untersuchung bei weiteren medizinischen Leistungserbringern einholen sowie bei mir erhobene Befunde und Bildgebungen mitbehandelnden Ärzten übermitteln kann (Datenübermittlung).
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Behandlungsvertrages Daten über meine Person sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erfasst, gespeichert und verarbeitet werden und im Rahmen der Zweckbindung unter Beachtung der jeweiligen besonderen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. mit behandelnde Ärzte, Krankenhäuser Kostenträger, BG, Abrechnungsstellen, Labore o.ä.) übermittelt werden.
- Von der Erfassung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Patienteninformation zum Datenschutz habe ich Kenntnis erhalten.
- Die hier erklärte Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

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

**Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:**

- Infektionskrankheit bekannt (HIV, TBC, Hepatitis)?  JA  NEIN
- Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt z.B. Jod, Heuschnupfen etc.?  JA  NEIN
- Ist bei Ihnen eine Überfunktion der Schilddrüse bekannt?  
Falls, ja, nehmen sie hierfür Medikamente ein?.....  JA  NEIN
- Besteht bei Ihnen eine Bluterkrankung oder eine erhöhte Blutungsneigung  
z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Blutergüssen?  JA  NEIN
- Haben Sie in der letzten Woche gerinnungshemmende Medikamente genommen  
z.B. Aspirin, Marcumar). Falls, ja, welche Medikamente, andere Medikamente?  JA  NEIN
- Sind Sie **Schwanger**?  JA  NEIN

---

**Ist mit Komplikationen zurechnen?**

Die Myelographie ist ein risikoarmes diagnostisches Verfahren. Auf mögliche Komplikationen, die trotz größter Sorgfalt in Einzelfällen auftreten können, sind wir vorbereitet und können im Akutfall sofort eingreifen.

In ca. 10 % der Untersuchungen treten zum Teil auch heftige Kopfschmerzen auf, die bis zu einer Woche dauern können. Gelegentlich treten Rückenbeschwerden und Muskelkrämpfe auf, die in der Regel nach ein bis zwei Tagen wieder abklingen. Sollten sich bei Ihnen diese Beschwerden einstellen empfehlen wir Bettruhe und eine reichliche Flüssigkeitszufuhr sowie gegebenenfalls schmerzstillende Medikamente.

**Gelegentliche Beschwerden:** Verletzung kleiner Blutgefäße, die keiner Behandlung bedürfen, größere Blutungen kommen nur bei erhöhter Blutungsneigung vor, die eine spezielle Behandlung erfordern. Kurze ischialgiforme Schmerzen als Folge der Reizung einer Nervenwurzeln durch die Punktionsnadel oder das Kontrastmittel, die sich in der Regel schnell zurückbilden.

**Vereinzelt Beschwerden:** Vorübergehende Beeinträchtigung des Hörvermögens, Tinnitus oder Ohrdruck.

**Seltene Beschwerden:** Infektion im Bereich der Einstichstelle, sie können durch entsprechende Behandlungsmaßnahmen (Salben, Antibiotika) gut behandelt werden.

Vorübergehende Störung der Funktionen einzelner Hirnnerven, die die Augenbewegung steuern, was mit Doppelbildern einhergehen kann.

Flüssigkeitsansammlung oder Blutung unter der harten Hirnhaut, die sich in aller Regel folgenlos zurückgebildet.

**Sehr seltene Beschwerden:** Entzündung der Rückenmarkshäute (Meningitis) oder Einblutung in dieselben, die extrem selten zu anhaltenden Schädigungen (z. B. Lähmungen) führen können.

**Extrem seltene Beschwerden:** Überempfindlichkeitsreaktionen auf das Kontrastmittel, sie äußern sich in Brechreiz, Juckreiz oder Hautausschlag und klingen in den meisten Fällen von selbst wieder ab. Heftigere Reaktionen (z.B. Kreislaufkollaps oder Schock) können eine stationäre Behandlung erfordern.

**Notizen Arzt:** \_\_\_\_\_

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

**Aufgeklärt durch** \_\_\_\_\_

**Ich habe das beiliegende Merkblatt gelesen und fühle mich ausreichend aufgeklärt. Meine Fragen wurden ausführlich beantwortet und ich willige hiermit in die Untersuchung ein.**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten**