



## INFORMATIONSBLETT FÜR DIE VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN/GEL-FÜLLUNGEN BEI UNTERSUCHUNGEN IN DER MAGNETRESONANZ

Für die Optimierung der MR-Untersuchung kann die Verabreichung notwendig sein von:

- Ultraschallgel für eine rektale oder vaginale Füllung (z.B. für Untersuchungen des Rektums, der Vagina, des Uterus, des Beckenbodens)
- Medikamenten, intravenös bzw. intramuskulär, z.B. *Buscopan* (bei MR-Untersuchungen des Abdomens und Beckens), oder Diuretika (z.B.: *Lasix* bei Uro-MR)
- Beruhigungsmittel intravenös oder oral (z.B. EN, Diazepam...), die die Symptome einer Panikattacke bzw. Angstzustände abschwächen und somit die Durchführung der Untersuchung ermöglichen.

**Für Informationen bezüglich des verwendeten Produkts wird auf den Beipackzettel verwiesen. Für jede weitere Aufklärung/Information hinsichtlich Risiken/Nutzen der Vorbereitung, der Gel-Applikation und Medikamentengabe wenden sie sich an den Arzt der Magnetresonanz.**

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE VERABREICHUNG VON MEDIKAMENTEN ORAL, INTRAVENÖS, INTRAMUSKULÄR, BZW. GEL REKTAL/VAGINAL IN DER MAGNETRESONANZ

Der/die Unterfertigte \_\_\_\_\_

erklärt sich genügend informiert über die Risiken einer:

- Gabe von Medikamenten intravenös, intramuskulär, intraartikulär
- Gabe von Gel oder Medikamenten oral \_\_\_\_\_
- Applikation von Gel rektal/vaginal \_\_\_\_\_

Nach Aufklärung durch den verantwortlichen Arzt hinsichtlich der Risiken und des diagnostischen Nutzens der durchzuführenden Untersuchung

### erteilt der/die Patient/in sein/ihr Einverständnis

Unterschrift der/s Patientin/en (bei minderjährigen Patient/innen die Eltern)

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Leserliche Unterschrift des gesetzlichen elterlichen Vertreters/ Vormundes

\_\_\_\_\_