

## Einwilligung in die Magnetresonanztomographie

Die Eigenschaften und Risiken, die mit den geplanten Untersuchungen verbunden sind, sind mir von Herrn/Frau Dr. .... erklärt worden. Das Informationsblatt zur Magnetresonanztomographie habe ich erhalten und durchgelesen. Ich konnte weitere Fragen hinsichtlich der Untersuchung stellen.

Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Untersuchung zurückziehen kann.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich in die Vornahme der Untersuchung einwillige.

.....  
Unterschrift der (s) Patientin (en)

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des aufklärenden Arztes

.....  
Ort und Datum