

## Fragebogen Kernspintomographie

Nachname: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Körpergröße: ..... Gewicht: .....



Die Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie) arbeitet mit einem starken Magnetfeld und Radiowellen (keine Röntgen-Strahlen). Eventuell ist die Gabe eines Kontrastmittels in eine Armvene notwendig. Auf dieses Kontrastmittel gibt es nach heutigen Erkenntnissen nur sehr selten Unverträglichkeitsreaktionen.

Die Untersuchung ist bei Herzschrittmacherpatienten in der Regel nicht möglich. In diesem Fall melden Sie sich bitte umgehend bei der Assistentin. Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? (Für Herzschrittmacherpatienten ist eine Kernspintomographie nicht möglich!)  Ja  Nein
2. Haben Sie Metallteile im/am Körper (z. B. künstliches Hüftgelenk, Zahnersatz, Gefäßclips, Metallsplitter im Körper, im Auge, Hörgerät, Cochleaimplantat, Insulinpumpe o. ä.)?  Ja  Nein
3. Haben Sie eine Tätowierung oder tragen Sie ein Permanent Make up?  Ja  Nein
4. Wurden Sie jemals am Herz oder am Kopf operiert? Stent?  
5. Falls ja, wann?  
.....
6. Tragen Sie einen Neurostimulator (elektr. Nervenstimulator bei chron. Schmerzpatienten, sogenanntes TENS-Gerät)?  Ja  Nein
7. Haben Sie jemals mit Maschinen oder in einer Umgebung gearbeitet, in der Sie kleinen Metallsplintern ausgesetzt waren?  Ja  Nein
8. Wurde bereits eine Kernspintomographie (ein MRT) bei Ihnen durchgeführt?  Ja  Nein
9. Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein
10. Sind Sie, falls vom Arzt für erforderlich gehalten, mit einer intravenösen Gabe eines speziellen Kernspin-Kontrastmittels einverstanden?  Ja  Nein
11. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt?  Ja  Nein

Wir bitten um Verständnis für gelegentlich auftretende zeitliche Verzögerungen durch Notfallpatienten aus Krankenhäusern. Sie werden hierüber von unseren Assistentinnen in Kenntnis gesetzt.

Behalten Sie diesen Fragebogen bei sich bis Sie zu Ihrer Untersuchung aufgerufen werden.



Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Untersuchung ein.

Datum: .....

Unterschrift: .....