

Fragebogen Kernspintomographie



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.

Name: _____ **Vorname:** _____
(bitte in Druckschrift)

Geb.-Datum: _____ **Gewicht:** ____ kg **Größe:** _____ cm

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:

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

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.

Lahnstein, _____

Unterschrift: _____

