

# 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.

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_

Обследование невозможно у пациентов с кардиостимулятором.  
В этом случае немедленно свяжитесь с медсестрой.

Да Нет

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Носите <b>кардиостимулятор</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Есть ли у вас <b>металлические детали внутри/на теле? Например, стенты, зубные протезы, имплантаты</b>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. У вас есть <b>татуировка или перманентный макияж</b> ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Были у вас операции на сердце или голове? <b>стент?</b> Если да, то когда?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Вы уже перенесли операцию или артроскопию на той части тела, которую сегодня обследуете?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Вы носите <b>нейростимулятор (электрический стимулятор нервов для пациентов с хроническими болями, так называемый прибор TENS)?</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Вы когда-нибудь работали с механизмами или в среде, где вы подвергались воздействию мелких кусков металла?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Вы уже проходили <b>магнитно-резонансную томографию (МРТ)?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Вы <b>беременны</b> ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Если врач сочтет нужным, согласны ли вы на <b>внутривенное введение специального магнитно-резонансного томографа?</b>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Вы знаете о <b>нарушении функции почек?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Держите эту анкету при себе, пока вас не вызовут на обследование.**

**Больше вопросов не имею и даю согласие на обследование.**

Lahnstein, \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

