

Fragebogen zur Kernspintomographie MRT:

NAME, Vorname _____ geb.: _____ Gewicht: _____

Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie wurden von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin zu uns überwiesen, um eine **Kernspintomographie** (auch als Magnetresonanztomographie oder MRT bezeichnet) durchführen zu lassen. Die Kernspintomographie ist eine diagnostische Methode, bei der Schnittbilder des menschlichen Körpers bzw. bestimmter Organe angefertigt werden. Zur Vermeidung von Risiken für einen begrenzten Patientenkreis bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Vielen Dank!

Wurde bei Ihnen bereits **früher eine Kernspintomographie** durchgeführt? ja () nein ()

Haben Sie die **Voraufnahmen oder Vorbefunde** dabei? ja () nein ()

Befinden sich **Metallteile** im oder am Körper (z.B. Metallprothese, Gefäßclips, Granatsplitter)? ja () nein ()

Wenn ja, welche? Seit wann? _____

Haben Sie einen **Herzschrittmacher oder Nervenstimulator**? ja () nein ()

Wurden **Operationen am Kopf oder am Herzen** durchgeführt? ja () nein ()

Wenn ja, welche? Wann? _____

Leiden Sie unter **Klaustrophobie („Platzangst“)**? ja () nein ()

Sind Sie **schwanger oder stillen Sie**? ja () nein ()

Leiden Sie an einer **übertragbaren Krankheit/Infektion**? ja () nein ()

Leiden Sie an einer Erhöhung des **Augeninnendruckes (Glaukom)**? ja () nein ()

Leiden Sie an **Herzrhythmusstörungen**? ja () nein ()

Bei einigen Fragestellungen ist es notwendig, Kontrastmittel über eine Vene im Arm zu spritzen. Die bei der Kernspintomographie verwendeten Kontrastmittel besitzen eine sehr gute Verträglichkeit. Allergische Reaktionen sind sehr selten, jedoch - wie bei allen Medikamenten – möglich.

Besteht eine **Allergie** (z.B. Heuschnupfen), Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder Pflaster? ja () nein ()

Hatten Sie bei einer früheren Untersuchung mit **Kontrastmittel** Beschwerden? ja () nein ()

Leiden Sie an einer **Einschränkung der Nierenfunktion**? ja () nein ()

Wird bei Ihnen eine **Dialyse** durchgeführt? ja () nein ()

Wurde eine **Lebertransplantation** durchgeführt oder ist eine solche geplant? ja () nein ()

Einer Kontrastmittelgabe stimme ich zu ja () nein ()

Alle metallhaltigen Gegenstände (Uhr, Brille, Handy, Münzen, Hörgerät etc.) und EC-/Kreditkarten vor Betreten des Untersuchungsraumes in der Umkleidekabine ablegen!

Für den Fall, dass Sie wegen Klaustrophobie („Platzangst“) vor der Untersuchung eine Tablette (Tavor) eingenommen haben, sind Sie am Tag der Einnahme fahrtüchtig und dürfen nicht mehr aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, daß während der Untersuchung technisch bedingt Vibrationen und laute Geräusche entstehen; aus diesem Grund erhalten Sie vor der Untersuchung einen Gehörschutz. Die Untersuchung dauert abhängig von der untersuchten Region zwischen ca. 15 und 40 Minuten. Bei Doppel- und Mehrfachuntersuchungen kann diese Untersuchungsdauer auch überschritten werden.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich ausreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein.

Datum _____

Unterschrift _____

(der Patientin / des Patienten) (bei Kindern Unterschrift der Eltern)