



FRAGEBOGEN ZUR KERNSPINTOMOGRAPHIE (MRT)

Bitte übergeben Sie diesen Fragebogen vor Beginn der Untersuchung vollständig ausgefüllt unserem Personal.

Nachname:

Vorname:

geboren am:

Die Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie /MRT) arbeitet mit einem starken **Magnetfeld** und **Radiowellen** (keine Röntgenstrahlen !). In Abhängigkeit von der Fragestellung kann die **intravenöse Gabe eines Kontrastmittels** notwendig sein. MR-Kontrastmittel können in sehr seltenen Fällen schwere Unverträglichkeitsreaktionen auslösen.

Wegen des starken Magnetfeldes sind strenge Sicherheitsmaßnahmen zu beachten !

Bitte lassen Sie alle metallhaltigen und magnetisch-codierten Gegenstände in der Umkleidekabine: Uhr, Brille, Schmuck, Hörgerät, entfernbarer Zahnersatz, Brieftasche, Geldbeutel, Kleingeld, Schlüssel, Scheckkarte, Kreditkarte, Parkschein, Schreibgeräte, Haarnadeln, Handy, bewegliche Metallteile an der Kleidung u.ä..

Im Sinne einer Sicherheitskontrolle möchten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen bitten:

1. Körpergewicht _____ kg , Körpergröße _____ cm
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Schrittmacherkabel, einen Brustgewebe-Expander, oder ein Cochlear-Implantat ? ja nein
Falls ja, wenden Sie sich bitte sofort an die Anmeldung! Das Formular muss dann **nicht** weiter ausgefüllt werden.
3. Haben Sie Metallteile im Körper ? – Wenn ja, welche und seit wann ? ja nein
(z.B. Gefäßclips, Stents, chirurgische Materialien, Metallsplitter)
ACHTUNG: Eine Kupferspirale muss nach der Untersuchung gynäkologisch kontrolliert werden.
4. Tragen Sie einen Neurostimulator (elektr. Nervenstimulator bei Schmerzpatienten), eine Medikamentenpumpe oder sonstige elektronische Implantate? ja nein
Wenn ja, was?
5. Haben Sie jemals mit Maschinen oder in einer Umgebung gearbeitet, bei der kleine Metallsplitter in Ihren Körper eingedrungen sind ? ja nein
6. Ist bei Ihnen eine Nierenfunktionsstörung bekannt ? ja nein
7. Bestehen Allergien gegen Medikamente oder bestimmte Speisen ? ja nein
Wenn ja, gegen welche ?
8. Haben Sie früher einmal auf Kernspin-Kontrastmittel allergisch reagiert ? ja nein
(Falls Sie noch nie zuvor Kontrastmittel erhalten haben, bitte „nein“ ankreuzen.)
- 9a. Sind Sie schwanger ? – Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche ? ja nein
- 9b. Stillen Sie? ja nein
10. Sind Sie sehr lärmempfindlich und benötigen einen doppelten Gehörschutz? ja nein
11. Sind Sie mit der intravenösen Gabe von Kontrastmittel einverstanden, falls diese vom Arzt für erforderlich gehalten wird ? ja nein
12. Wünschen Sie **für Ihren eigenen Bedarf** Bilddaten auf CD-ROM ? (Sachkosten EUR 3,--) ja nein

Falls Sie auswärtige Bilder (z.B. auf CD-ROM) dabei haben, geben Sie diese bitte am Anmeldeschalter **vor Ihrer Untersuchung** ab, damit ggf. ein Vergleich möglich ist. Sie erhalten sie anschließend zurück.

Einwilligung zur Durchführung der Untersuchung.

Ich bin mit der Durchführung der angeforderten Untersuchung(en) einverstanden. ja nein

Telefon- bzw. Mobil-Rufnummer für dringende Rückfragen:

Ort, Datum

Unterschrift:

Bitte beachten Sie:

- > Wenn Sie ein Beruhigungsmittel erhalten, sollten Sie in den nächsten 24 Std. kein Kraftfahrzeug steuern oder an gefährlichen Maschinen arbeiten.

Bitte übergeben Sie diesen Fragebogen vor Beginn der Untersuchung vollständig ausgefüllt unserem Personal.