

Aufklärungs- & Fragebogen KERNSPINTOMOGRAPHIE

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Körpergewicht: _____ Größe in cm: _____

Um diese Kernspintomographie durchführen zu können, möchten wir Sie bitten, uns vorab einige Fragen zu beantworten und das Folgende genau durchzulesen bzw. zu beantworten

1. Wurde bei Ihnen bereits eine Kernspintomographie oder Computertomographie der heute zu untersuchenden Körperregion durchgeführt? Wann? Wo?

.....

2. Welche Beschwerden führten Sie jetzt zum Besuch Ihres überweisenden Arztes?
(Bitte kurze Beschreibung der Symptome)

.....

.....

3. Hatten Sie jemals einen chirurgischen Eingriff der heute zu untersuchenden Körperregion?

.....

4. Besteht eine Allergie (z.B. gegen Medikamente)?

.....

5. Haben Sie:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| → einen Herzschrittmacher bzw. Defibrillator? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → eine künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Platzangst | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → einen VP (ventriculo-peritonealen) Shunt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Neurostimulatoren | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Eine Insulinpumpe/Sensor zur digitalen Blutzuckermessung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Metallclips nach Operation (z.B. Aneurysma, Gehirn, Herz) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Metallsplitter im Körper/Auge? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Schrauben/Platten nach Knochenverletzungen oder künstliche Gelenke? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Zahnimplantate, Kronen, etc. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Mittelohrprothesen/Cochleaimplantate/Hörgeräte? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Tattoos oder Permanent Make-Up | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Akuter Tinnitus (letzten 6 Wochen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| → Infektionskrankheit (Bsp. Hepatitis, HIV) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Nur für Frauen:

9. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
10. Stillen Sie? Ja Nein
11. Intrauterinpeessar aus Metall (Kupferspirale)? Ja Nein

Bitte beachten Sie:

Metallteile können, wenn sie in das Magnetfeld gelangen, Unfälle verursachen und die Bildqualität beeinflussen. Legen Sie bitte deshalb vor Betreten des Untersuchungsraumes in der Kabine folgende Gegenstände ab:



- **Uhr, Brille, allen Schmuck (inkl. Piercings), Zahnprothesen, Hörgerät**
- **Scheck/EC-, Parkkarten mit Magnetstreifen (werden sonst gelöscht), Geldbörse, Brieftasche**
- **Metallteile an der Kleidung (Gürtelschnallen, Knöpfe, Reißverschluss)**
- **Kleidungsteile mit Glitter und/oder Pailletten**
- **BH/ Body**
- **Geldmünzen, Kugelschreiber, Schlüssel und andere Metallteile (z. B. Haarspangen)**

Einwilligungserklärung

- Ich habe den Aufklärungsbogen sorgsam gelesen, verstanden und nach bestem Wissen beantwortet. Gegebenenfalls erforderliche Rückfragen wurden mir verständlich beantwortet. Ja Nein
- Ich habe keine weiteren Fragen und benötige für die Untersuchung keine zusätzliche Bedenkzeit.
- Ich willige hiermit in die angeordnete Untersuchung ein. Ja Nein
- Ich wünsche eine Kopie dieses Aufklärungsbogens Ja Nein

Kontrastmittel:

- Haben Sie schon einmal Kontrastmittel im MRT bekommen? Ja Nein
- Wenn ja haben Sie es gut vertragen? Ja Nein
- Ist Ihre Nierenfunktion eingeschränkt? Ja Nein
- Ich willige hiermit in die angeordnete Kontrastmittelgabe ein Ja Nein

.....,den

.....
 Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter/ Gesetzl. Vertreter

.....
 Unterschrift (MTRA / MFA / Arzt / Ärztin) der zur Durchführung der Untersuchung berechtigten Person