

Nachname:
Vorname:
geboren am:



## Fragebogen zur Kernspintomographie (MRT)

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 Sinn einer Sicherheitskontrolle möchten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen bitten:

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

### Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Einsichtnahme in Fremdaufnahmen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Bilder und Befunde von allen Ärzten des IDR eingesehen und dass sie – auf Anforderung – mitbehandelnden Ärzten zur Verfügung gestellt werden dürfen. Das IDR darf zur Befunderhebung und Verlaufskontrolle wichtige Aufnahmen und Befunde auswärtiger Untersuchungen anfordern.

ja  nein

### Einwilligung zur Durchführung der Untersuchung.

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

ja  nein

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.