

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, entfernbare 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-Implantat ?
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, welche und seit wann ?
(z.B. Gefäßclips, Stents, chirurgische Materialien, Metallsplitter)
ACHTUNG: Eine Kupferspirale muss nach der Untersuchung gynäkologisch 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?
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. Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (z.B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis, MRSA) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Bestehen Allergien gegen Medikamente oder bestimmte Speisen ?
Wenn ja, gegen welche ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Haben Sie früher einmal auf Kernspinkontrastmittel allergisch reagiert ?
(Falls Sie noch nie zuvor Kontrastmittel erhalten haben, bitte nein ankreuzen.) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Sind Sie schwanger? – Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Stillen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Sind Sie sehr lärmempfindlich und benötigen einen doppelten Gehörschutz ? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13. 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 |
| 14. Wünschen Sie für Ihren eigenen Bedarf Bilddaten auf CD-ROM ? (Sachkosten EUR 4,-) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.