

Fragen zur Magnetresonanz- bzw. Kernspintomographie (MRT)

Name, Vorname: _____

Gewicht: _____ kg

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ m

Damit die Untersuchung zügig verlaufen kann, bitten wir um Ihre Mithilfe. Erforderlich sind die vorherige Beantwortung der folgenden Fragen und Ihre schriftliche Einverständniserklärung zur bevorstehenden Untersuchung, insbesondere auch bezüglich einer eventuellen Kontrastmittelgabe. Etwaige Fragen Ihrerseits werden wir Ihnen gerne vor der Untersuchung beantworten.

Zutreffendes bitte ankreuzen: Ja ☒ oder Nein ☒

1. Tragen Sie einen Schrittmacher (Herz, Hirn, Darm, Blase), Eventrecorder, Defibrillator und/oder Neurostimulator? Ja ☐ Nein ☐

2. Haben Sie eine künstliche Herzklappe?
Falls ja, bitte Pass vorlegen. Ja ☐ Nein ☐

3. Leiden Sie unter Klaustrophobie ("Platzangst")? Ja ☐ Nein ☐

4. Haben Sie Stents oder Bypässe implantiert bekommen? Ja ☐ Nein ☐
Falls ja, wann & in welchem Bereich des Körpers?

5. Haben Sie Ohr-/Cochleaimplantate? Ja ☐ Nein ☐

6. Befinden sich Metallteile an oder in Ihrem Körper? (z.B. Piercings, Prothesen, Hörgeräte, Metall- oder Granatsplitter, Operationsclips, Spirale, Diabetessensor, feste Zahnsplange, medizinische oder implantierte Pumpen, trans-dermale Pflaster, Tattoos) Ja ☐ Nein ☐
Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen

7. Haben Sie Allergien oder Asthma? Ja ☐ Nein ☐
Falls ja, welche?

8. Haben / hatten Sie eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)? Ja ☐ Nein ☐
Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen

9. Sind Sie in den letzten 4 Wochen geimpft worden? Ja ☐ Nein ☐

10. Sind bei Ihnen Nieren-/ Lebererkrankungen oder Funktionsstörungen bekannt? Hatten Sie eine Nieren- oder Lebertransplantation? *Zutreffendes bitte unterstreichen* Ja ☐ Nein ☐

11. Ist Ihnen während einer MRT-Untersuchung schon einmal Kontrastmittel gespritzt worden? Ja ☐ Nein ☐
Falls ja, gab es Nebenwirkungen (welche)?

12. Welche Operationen / Vorerkrankungen hatten bzw. haben Sie?

13. Ist die heutige Untersuchung bei Ihnen schon einmal durchgeführt worden? Ja ☐ Nein ☐
Falls ja, wann und wo?

14. Sind Ihre aktuellen Beschwerden die Folgen eines Unfalles (verdreht / gestürzt / umgeknickt) ? Ja ☐ Nein ☐
Falls ja, was ist wann passiert?

15. Sind Sie schwanger... Ja ☐ Nein ☐
...oder stillen Sie? Ja ☐ Nein ☐

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Mit der Untersuchung (bzw. mit der Untersuchung meines Kindes) einschließlich einer eventuell erforderlichen Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden.

Datum _____

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte/r _____