

### 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

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Tragen Sie einen Schrittmacher (Herz, Hirn, Darm, Blase), Eventrecorder, Defibrillator und/oder Neurostimulator?      Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <br/>         2. Haben Sie eine künstliche Herzklappe?<br/> <i>Falls ja, bitte Pass vorlegen.</i>      Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <br/>         3. Leiden Sie unter Klaustrophobie ("Platzangst")?<br/>         Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <br/>         4. Haben Sie Stents oder Bypässe implantiert bekommen?<br/> <i>Falls ja, wann &amp; in welchem Bereich des Körpers?</i><br/> <br/> <hr/> <br/>         5. Haben Sie Ohr-/Cochleaimplantate?<br/>         Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <br/>         6. Befinden sich Metallteile an oder in Ihrem Körper? (z.B. Piercings, Prothesen, Hörgeräte, Metall- oder Granatsplitter, Operationsclips, Spirale, Diabetessensor, feste Zahnpfanne, medizinische oder implantierte Pumpen, trans-dermale Pflaster, Tattoos)<br/>         Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <i>Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen</i><br/> <br/> <hr/> <br/>         7. Haben Sie Allergien oder Asthma?<br/>         Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <i>Falls ja, welche?</i><br/> <br/> <hr/> <br/>         8. Haben / hatten Sie eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?<br/>         Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <i>Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen</i><br/> <br/> <hr/> </p> | <p>9. Sind Sie in den letzten 4 Wochen geimpft worden?<br/>         Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <br/>         10. Sind bei Ihnen Nieren- / Lebererkrankungen oder Funktionsstörungen bekannt? Hatten Sie eine Nieren- oder Lebertransplantation?<br/> <i>Zutreffendes bitte unterstreichen</i>    Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <br/>         11. Ist Ihnen während einer MRT-Untersuchung schon einmal Kontrastmittel gespritzt worden?<br/>         Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <i>Falls ja, gab es Nebenwirkungen (welche)?</i><br/> <br/> <hr/> <br/>         12. Welche Operationen / Vorerkrankungen hatten bzw. haben Sie?<br/> <hr/> <hr/> <hr/> <br/>         13. Ist die <u>heutige</u> Untersuchung bei Ihnen schon einmal durchgeführt worden?<br/>         Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <i>Falls ja, wann und wo?</i><br/> <br/> <hr/> <br/>         14. Sind Ihre aktuellen Beschwerden die Folgen eines Unfalles (verdreht / gestürzt / umgeknickt) ?<br/>         Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> <i>Falls ja, was ist wann passiert?</i><br/> <hr/> <hr/> <hr/> <br/>         15. Sind Sie schwanger...      Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/><br/> ...oder stillen Sie?      Ja <input type="checkbox"/>    Nein <input type="checkbox"/> </p> |
|--|--|

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