



FRAGEBOGEN FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAFIE

Patienten Aufkleber

Name:

Vorname:

Personalinformation ---- nicht vom Patienten auszufüllen!

Anamnese:

Herzschrittmacher	O nein	O ja
--------------------------	---------------	-------------

GFR: _____ Kreatinin: _____

Protokoll: _____

VA vom Patient mitgebracht? nein ja

VA angefordert? nein ja

Wo? _____ Wann: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir möchten Ihnen hiermit Informationen zur Kernspintomografie geben und Sie bitten, einige wichtige Fragen zu beantworten.

Die Kernspintomografie (auch MRT, MR) erzeugt Schnittbilder des Körpers **ohne** Strahlenbelastung. Die Untersuchung wird in der Regel in mehrere Untersuchungsabschnitte aufgeteilt. Jeder Abschnitt kann bis zu 10 Minuten dauern. Die Gesamtuntersuchungsdauer beträgt in der Regel ca. 20 bis 30 Minuten. Während der Untersuchung hören Sie zeitweise ein laut klopfendes Geräusch.

Um ein optimales Ergebnis zu erreichen, sollten Sie während der Untersuchung absolut **ruhig liegen**.

Wenn Sie Platzangst haben, scheuen Sie sich bitte nicht, dies vor der Untersuchung zu sagen. Sie haben aber die Möglichkeit, mit dem Personal, das Sie ständig beobachtet, Kontakt aufzunehmen, darüber hinaus stellen wir Ihnen gerne einen Gehörschutz zur Verfügung.

Bei manchen Fragestellungen kann es nötig sein, Kontrastmittel über eine Vene zu spritzen. Davon spüren Sie im Regelfall nichts.

Sehr selten kommt es zu allergischen Reaktionen wie Unwohlsein, Hautjucken oder Übelkeit, welche meist von selbst wieder abklingen. Extrem selten sind schwerere Reaktionen des Herz - Kreislaufsystems, Schwellungen im Schlund oder Atemnot, welche eine medikamentöse und / oder stationäre Therapie nötig machen.

Wie bei jeder Venenpunktion sind Schwellungen an der Einstichstelle möglich.

Wegen des starken Magnetfeldes gibt es einige wichtige Gegenanzeigen, die vor Betreten des Untersuchungsraumes unbedingt beachtet werden müssen.

Bitte wenden →



Wir bitten Sie deshalb, folgende Fragen genau zu beantworten: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Wurde bei Ihnen eines der folgenden Geräte eingesetzt?

- | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Herzklappe | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Neurostimulator | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Innenohrprothese (Cochleaimplantat) | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Insulinpumpe, Schmerzpumpe | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Sonstige bioelektrischen Implantate | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Tragen Sie ein Hörgerät? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Tragen Sie Gefäßstützen (Stent) oder OP-Clips? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Wenn ja, seit wann? _____ | | |
| Haben Sie einen Bypass oder einen Shunt? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Wenn ja, seit wann? _____ | | |
| Tragen Sie Tattoos, Piercings, Permanent-Make up? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Tragen Sie ein Medikamentenpflaster? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Tragen Sie eine Zahnprothese? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |

Haben Sie eines der folgenden Metalle im Körper?

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| - Metall/Granatsplitter | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| - Metallnägel nach Knochenbruch | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| - Gelenkprothesen | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Sind Sie an Kopf oder Augen operiert worden? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Sind Sie an der heute zu untersuchenden Region operiert worden? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |

Wenn ja, wann? _____

- | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------|
| Sind Allergien bei Ihnen bekannt? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Sind Sie nierenkrank? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Wurden von der heute zu untersuchenden Region bereits Aufnahmen gemacht?
(Auch Röntgen oder CT) | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Wenn ja, wann zuletzt und wo? _____ | | |

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| Bei Frauen - Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |
| Stillen Sie zurzeit: | <input type="radio"/> <i>nein</i> | <input type="radio"/> ja |

Tragen Sie bitte hier Ihr Körpergewicht ein: _____ **kg**

1. Vor der Untersuchung ist es unbedingt erforderlich, dass sämtliche Metallteile wie z.B. entfernbarer Zahnersatz, Schmuck, Schlüssel, Feuerzeuge, Geldstücke, Uhren, Hörgeräte, Brillen usw. in der Kabine gelassen werden (**auch Kreditkarten / EC-Karten / Parkkarten**)
2. **Nur bei Untersuchungen des Ellenbogens und der Hände:**
Hier ist eine besondere Lagerung erforderlich. Manchmal kommt es danach zu Bewegungseinschränkungen, diese bilden sich in der Regel schnell wieder zurück

Ich habe den Fragebogen verstanden und die Fragen gewissenhaft beantwortet. ja *nein*

Ich willige in eine eventuelle Kontrastmittelgabe ein. ja *nein*

Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung einverstanden. ja *nein*

Ich bin mit einer elektronischen Archivierung (Aufbewahrung) des Fragebogens einverstanden.
(siehe Aushang im Wartezimmer oder roentgenpraxis-trier.de) ja *nein*

Ich bin mit der Anforderung/Weitergabe meiner Befunde und ggf. Bilder bei/an meine/n behandelnden Ärzten oder Kliniken und Arztpraxen/MVZ einverstanden. ja *nein*

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____