



# FRAGEBOGEN FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAFIE

## Patienten Aufkleber

Name:

Vorname:

---

### Personalinformation ---- nicht vom Patienten auszufüllen!

Anamnese:

<i>Herzschrittmacher</i>	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Kreatinin: _____	GFR: _____	
Protokoll: _____		
VA vom Patient mitgebracht?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
VA angefordert?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
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 Min. 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 **still 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.**



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

Wurde bei Ihnen eines der folgenden Geräte eingesetzt?

	<b><i>O nein</i></b>	<b><i>O ja</i></b>
<b><i>Herzschrittmacher</i></b>		
<b>Herzklappe</b>	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
<b>Neurostimulator</b>	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
<b>Innenohrprothese (Cochleaimplantat)</b>	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
<b>Insulinpumpe, Schmerzpumpe</b>	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
<b>Sonstige bioelektrischen Implantate</b>	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Tragen Sie ein Hörgerät?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Tragen Sie Gefäßstützen (Stent) oder OP-Clips?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Wenn ja, seit wann? _____		
Haben Sie einen Bypass oder einen Shunt?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Wenn ja, seit wann? _____		
Tragen Sie Tattoos, Piercings, Permanent-Make up?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Tragen Sie ein Medikamentenpflaster?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Tragen Sie eine Zahnprothese?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Haben Sie eines der folgenden Metalle im Körper?		
- <b>Metall/Granatsplitter</b>	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
- Metallnägel nach Knochenbruch	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
- Gelenkprothesen	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Sind Sie an Kopf oder Augen operiert worden?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Sind Sie an der heute zu untersuchenden Region operiert worden?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Wenn ja, wann? _____		
Sind Allergien bei Ihnen bekannt?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Sind Sie nierenkrank?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Wurden von der heute zu untersuchenden Region bereits Aufnahmen gemacht? (Auch Röntgen oder CT)	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Wenn ja, wann zuletzt und wo? _____		
<b>Bei Frauen</b> - Sind Sie schwanger?	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>
Stillen Sie zurzeit:	<i>O nein</i>	<i>O ja</i>

**Tragen Sie bitte hier Ihr Körpergewicht ein:** \_\_\_\_\_ **kg**

1. Vor der Untersuchung ist es unbedingt erforderlich, dass sämtliche Metallteile wie z.B. entfernbare 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.** *O ja O nein*

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

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

**Ich bin mit einer elektronischen Archivierung (Aufbewahrung) des Fragebogens einverstanden.** *O ja O nein*

**Ich bin mit der Weitergabe meiner Befunde und ggf. Bilder an meine behandelnden Ärzte oder Kliniken und Arztpraxen / MVZ einverstanden.** *O ja O 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:** \_\_\_\_\_