



FRAGEBOGEN FÜR DIE KERNSPINTOMOGRAFIE

Patientenaufkleber

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Personalinformation ---- nicht vom Patienten auszufüllen!

Anamnese:

Herzschrittmacher	O nein	O ja
GFR: _____	Kreatinin: _____	
Protokoll: _____		
VA von Pat. mitgebracht?	O nein	O ja
VA angefordert?	O nein	O 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. Die Untersuchung wird 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 (bei Untersuchungen der Wirbelsäule oder von Gelenken in den allermeisten Fällen nicht erforderlich) - 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"/> nein	<input type="radio"/> ja
Herzklappe	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Neurostimulator / Shunt zur Ableitung von Hirnwasser	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Innenohrprothese (Cochleaimplantat)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Insulinpumpe, Schmerzpumpe	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Sonstige Implantate	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Tragen Sie Gefäßstützen (Stent), Bypass oder OP-Clips?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Wenn ja, seit wann? _____		
Tragen Sie Tattoos, Piercings, Permanent-Make up?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Tragen Sie ein Medikamentenpflaster?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Tragen Sie eine Zahnprothese?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

Haben Sie eines der folgenden Metalle im Körper?

- Metall/Granatsplitter	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
- Metallnägel nach Knochenbruch	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
- Gelenkprothesen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

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

Tragen Sie bitte hier Ihr Körpergewicht ein: _____ kg

Sind Sie schwanger?  nein ja

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.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ich willige in eine eventuelle Kontrastmittelgabe ein.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung einverstanden.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ich bin mit einer elektronischen Archivierung (Aufbewahrung) des Fragebogens einverstanden. (siehe Aushang im Wartezimmer oder roentgenpraxis-trier.de)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Ich bin mit der Anforderung/Weitergabe meiner Befunde und ggf. Bilder bei/an meine/n behandelnden Ärzten oder Kliniken und Arztpraxen/MVZ einverstanden.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> 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: _____