



## Patientenfragebogen Kernspintomografie / MRT

Dieser Fragebogen wird vor der Untersuchung ausgefüllt und unterschrieben

|               |             |
|---------------|-------------|
| Nachname:     | Vorname:    |
| Geburtsdatum: | Telefon-Nr: |
| Gewicht: kg   | Größe: cm   |

Zutreffendes bitte ankreuzen

|   |    |      |
|---|----|------|
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher, einen Neurostimulator, Defibrillator oder andere implantierte Geräte?   | Ja | Nein |
| Haben Sie einen Metallsplitter im Auge, Permanent-Make up, Tätowierungen oder Piercings am Körper?  | Ja | Nein |
| Haben Sie z. B. nach einer Kriegsverletzung noch Granatsplitter im Körper?  | Ja | Nein |
| Wurde Ihnen ein künstliches Gelenk eingesetzt?  | Ja | Nein |
| Sind bei Ihnen (z. B. nach Knochenoperationen) noch Platten, Nägel oder Schrauben im Körper?  | Ja | Nein |
| Tragen Sie ein Hörgerät oder ein Ohrimplantat?  | Ja | Nein |
| Wurden Sie schon einmal operiert (Herz, Gehirn, Blutgefäße?)<br>Wenn ja, was und wann?  | Ja | Nein |
| Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz?  | Ja | Nein |
| Leiden Sie an einer behandlungsbedürftigen Erkrankung,<br>wie z. B. grüner Star ..... Nierenfunktionsstörung.....<br>Prostatavergrößerung ..... Bekannte Allergien.....<br>Welche?: | Ja | Nein |
| Bitte wenden  |    |      |

|   |  |
|---|--|
| Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden und den Grund der heutigen Untersuchung. |  |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| Ihre weitere Krankengeschichte. Bitte sorgfältig ausfüllen! |  |
|---|--|

|  |    |      |
|--|----|------|
| Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | Ja | Nein |
|--|----|------|

|   |    |      |
|---|----|------|
| Wurde bei Ihnen bereits eine Kernspintomografie (MRT) durchgeführt? | Ja | Nein |
|---|----|------|

|               |                  |        |
|---------------|------------------|--------|
| Körperregion: | Institut/Klinik: | Datum: |
|---------------|------------------|--------|

|   |    |      |
|---|----|------|
| Ich bin mit einer intravenösen Kontrastmittelgabe (Gadolinium-DTPA) einverstanden | Ja | Nein |
|---|----|------|

Nach gründlicher Überlegung stimme ich einer Kernspintomografie (MRT)

Des/der \_\_\_\_\_  
Gegebenenfalls auch mit Kontrastmittel zu

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich vor Betreten des Untersuchungsraumes alle metallischen Gegenstände (z. B. Uhr, Brille; Haarklammern, Schlüssel, Schmuck, Münzgeld, Hörgerät, Gürtel, Mobiltelefon und Kreditkarten etc. abzulegen habe. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und willige in die Untersuchung ein.

Kempen, \_\_\_\_\_ Datum  
\_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Sorgeberechtigten

Ich willige in die Kernspintomografie **nicht** ein. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass sich dadurch die Diagnose und die Behandlung einer etwaigen Erkrankung oder Verletzung Erheblich verzögern und erschweren können.

Kempen, \_\_\_\_\_ Datum  
\_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder Sorgeberechtigten

Unterschreibt ein Elternteil, so erklärt Sie/Er zugleich, das Ihr/Ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, oder das Sie/Er im einvernehmen mit dem anderen Elternteil handelt.