

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

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Eventrecorder, Defibrillator oder eine künstliche Herzklappe?

Zutreffendes bitte unterstreichen

Ja Nein

2. Leiden Sie unter Klaustrophobie (Platzangst)?

Ja Nein

3. Haben Sie Stents oder Bypässe implantiert bekommen?

Ja Nein

Falls ja, wann & in welchem Bereich des Körpers?

4. Haben Sie Ohrimplantate? Ja Nein

5. Befinden sich Metallteile an oder in Ihrem Körper? (z.B. Piercings, Prothesen, Hörgeräte, Metall- oder Granatsplitter, Operationsclips, Spirale, Diabetessensor, medizinische Pumpen, transdermale Pflaster, Tattoos)

Ja Nein

Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen

6. Haben Sie Allergien oder Asthma?

Ja Nein

Falls ja, welche?

7. Haben / hatten Sie eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV, Covid-19)?

Ja Nein

Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen

8. Sind Sie in den letzten 4 Wochen gegen Covid-19 geimpft worden? Ja Nein

9. Sind bei Ihnen Nieren- / Lebererkrankungen oder Funktionsstörungen bekannt? Hatten Sie eine Nieren- oder Lebertransplantation?

Zutreffendes bitte unterstreichen Ja Nein

10. Ist Ihnen während einer MRT-Untersuchung schon einmal Kontrastmittel gespritzt worden?

Ja Nein

Falls ja, gab es Nebenwirkungen (welche)?

11. Welche Operationen / Vorerkrankungen hatten bzw. haben Sie?

12. Ist die heutige Untersuchung bei Ihnen schon einmal durchgeführt worden?

Ja Nein

Falls ja, wann und wo?

13. Sind Ihre aktuellen Beschwerden die Folgen eines Unfalles? Ja Nein

Falls ja, was ist wann passiert?

14. Sind Sie schwanger... Ja Nein

...oder stillen Sie? Ja Nein

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

Datum _____

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte/r _____