

Fragebogen zur  
**Kernspintomographie**

Patient:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können. Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen oder ergänzen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen.

1. Welche Beschwerden haben Sie in der zu untersuchenden Körperregion?

Seit wann/wie lange schon? \_\_\_\_\_

2. Handelt es sich um einen Unfall oder Unfallfolgen?  Nein  Ja

3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?  Nein  Ja

**Falls ja, bitte sofort das Personal informieren und auf keinen Fall den Kernspin-Raum betreten!**

4. Tragen Sie eine Insulinpumpe, Medikamentenpumpe oder einen Blutzuckersensor?  Nein  Ja

5. Befinden sich in Ihrem Körper andere Implantate oder Teile aus Metall?  Nein  Ja

Z.B. Prothese, Gefäßprothese (Stent), Gefäßclips, Zahnimplantate, Zahnspange, Neurostimulator, "Spirale", Hörgerät, Piercing, Permanent-Make-up, Defibrillator, Metallsplitter als Folge von Unfällen oder Verletzungen, Metallstaub aus berufl. Tätigkeit etc.

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

6. Wurden Sie schon einmal operiert: Kopf, Herz, Wirbelsäule, Gefäßsystem oder Knie?  Nein  Ja

Art und Jahr des Eingriffs: \_\_\_\_\_

7. Wurden Sie einmal wegen eines Tumors operiert?  Nein  Ja

Wenn ja, welcher Tumor und wann? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

8. Bestehen oder bestanden schwere Funktionsstörungen der Nieren?  Nein  Ja
9. Liegen oder lagen bei Ihnen chronische Erkrankungen vor (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenfehlfunktion etc.)?  Nein  Ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
10. Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?  Nein  Ja  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
(Evt. vorhandenen Allergiepass bitte vorlegen.)
11. Traten nach früheren Kernspintomographien mit Kontrastmittel Nebenwirkungen auf?  Nein  Ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
12. Leiden Sie an Platzangst?  Nein  Ja
13. Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie?  Nein  Ja  
Welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_
14. Bitte geben Sie Ihr ungefähres Körpergewicht an: \_\_\_\_\_
15. Sind Infektionskrankheiten bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV, etc. )?  Nein  Ja
16. Bitte geben Sie uns Ihre Telefonnummer für Rückfragen \_\_\_\_\_
17. Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Viele weiterbehandelnde Ärzte bevorzugen die Untersuchungsergebnisse auf CD. In unserer Leistung sind die Bilder Ihrer Untersuchung aber nur auf Papier inbegriffen.  
Möchten Sie gegen eine **Gebühr von 5 EUR die Bilder zusätzlich auf CD?**

Nein  Ja

### Einwilligung

Die Fragen habe ich gelesen und gewissenhaft beantwortet. Mit der Untersuchung und ggf. mit der Gabe von Kontrastmitteln erkläre ich mich einverstanden. Ich bin auch einverstanden, dass der Befund an behandelnde Ärzte weitergegeben wird bzw. dass Befunde von anderen Ärzten eingeholt werden. Meine Angaben sind freiwillig und jederzeit widerrufbar.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten  
(bzw. des Erziehungsberechtigten)