

Aufklärungsbogen Kernspintomographie (MRT)

Name: _____ Geb.- Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um die Untersuchung besser planen zu können, haben wir jetzt noch einige Fragen an Sie, die Sie bitte mit ja oder nein beantworten:

1. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine Insulinpumpe? Ja Nein
2. Sind Sie am Herz oder Kopf operiert? Ja Nein
3. Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese oder ein Hörgerät? Ja Nein
4. Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile? (Keine Zahnprothesen!)
→(z.B. Prothesen, OP-Clips oder Splitter) Ja Nein
5. Könnten metallische Fremdkörper im Auge sein
(z.B. durch Metallverarbeitung)? Ja Nein
Falls Sie sich nicht sicher sind oder die Frage mit JA
beantwortet haben, melden Sie sich bitte sofort an der Anmeldung!
6. Wurde Ihnen schon jemals ein Kontrastmittel gespritzt? Ja Nein
7. Sind bei früheren Untersuchungen mit Kontrastmittel Probleme aufgetreten? Ja Nein
8. Haben Sie eine Hepatitis oder eine andere Infektionskrankheit (z.B. HIV)? Ja Nein
9. Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Nierenfunktion bekannt? Ja Nein
10. Sind Sie in den letzten 6 Wochen operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, bitte Körperteil, Datum und Operateur/Klinik nennen:

11. Ihr Gewicht: _____ kg

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

12. Sind Sie schwanger oder stillen Sie? Ja Nein
13. Tragen Sie eine Kupferspirale oder ein Pessar? Ja Nein
Wenn ja: Im Magnetfeld kann die Spirale geringgradig verrutschen, was jedoch dazu führen kann, dass die empfängnisverhütende Wirkung nicht mehr besteht. Es müsste daher nach der Untersuchung eine Kontrolle beim Gynäkologen erfolgen.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sollten Sie vor der Untersuchung mit einem Arzt sprechen wollen, teilen Sie dies bitte an der Anmeldung mit.

Ich habe das beiliegende Infoblatt zur Kernspintomographie gelesen. Durch meine Unterschrift gebe ich das Einverständnis zur Untersuchung.

Ich möchte eine Kopie dieses **Aufklärungsbogens** erhalten (gemäß dem § 630 e BGB, welches am 26.02.2013 in Kraft getreten ist, sog. Patientenrechtegesetz). Ja Nein



Radiologie und
Nuklearmedizin
im Zentrum Vital

Dr. med. Uwe Rößler
Dr. med. Nurettin Durdu
Dr. med. Charlotte Reichel
Dr. med. Eric Schlaudraff
Dr. med. Nicolai Schramm

Magnetresonanztomographie
Computertomographie
Nuklearmedizin
Mammographie
Digitales Röntgen
Ultraschall

Sprechstunden:
Mo. – Do. 8:00 – 18:00
Fr. 8:00 – 17:00
Termine nach Vereinbarung

Zentrum Vital
Gerloser Weg 20
36039 Fulda

Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. des/der Erziehungsberechtigten