

# 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 Ihre Größe: \_\_\_\_\_ cm

## 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. Eric Schlaudraff  
Dr. med. Uwe Rößler  
Dr. med. Nurettin Durdu  
Dr. med. Charlotte Reichel  
Dr. med. Nicolai Schramm  
Robert Reith (ang. Arzt)

Magnetresonanztomographie  
Computertomographie  
Nuklearmedizin  
Mammographie  
Digitales Röntgen  
Ultraschall

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

Zentrum Vital  
Gerloser Weg 20  
36039 Fulda

Telefon: 0661-902 950  
Telefax: 0661-902 9524

praxis@radiologie-fulda.de  
www.radiologie-fulda.de

Bankverbindung  
Sparkasse Fulda  
IBAN:  
DE71 5305 0180 0000 0482 06  
BIC: HELADEF1FDS



Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. des/der Erziehungsberechtigten