

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zur Vorbereitung der **Kernspinuntersuchung** bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten.

Zutreffendes bitte im jeweiligen Kästchen ankreuzen:

1.	Wurden Sie hier schon einmal untersucht? In welchem Jahr:	ja		nein	
2.	Sind Sie Träger eines <b>Herzschrittmachers</b> ? <b>Wenn ja, melden Sie sich bitte sofort an der Anmeldung!</b>	ja		nein	
3.	Sind Sie Träger anderer elektrisch oder mechanisch aktiver Implantate? (z.B. Medikamentenpumpe, Neurostimulatoren)	ja		nein	
4.	Sind Sie Träger eines Innenohr- Implantats?	ja		nein	
5.	Sind in Ihrem Körper Metallteile? (Granatsplitter, Prothesen, Gefäßclips, Herzklappen, etc.)	ja		nein	
6.	Haben Sie jemals in einem metallverarbeitenden Betrieb gearbeitet?	ja		nein	
7.	Haben Sie eine kosmetische Augenlid-Tätowierung?	ja		nein	
8.	Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	ja		nein	
9.	Sind Sie am Herz oder Kopf operiert?	ja		nein	
10.	Neigen Sie zu Angst in engen Räumen?	ja		nein	

Bitte notieren Sie jetzt alle Ihre **Operationen** (Art, Jahr, bei Bandscheibe Höhe und Seite), **Herzinfarkte**, und Ihrer **jetzigen Beschwerden** (Anlaß, Ort des Ursprung, Ausstrahlung, Seite):

**Gefahr:**

**Metallteile** jeglicher Art können während der Untersuchung Unfälle verursachen. Legen Sie deshalb in der Umkleidekabine alle Metallteile, wie z.B.: Schmuck , Uhr, Scheckkarten, Metallteile an Kleidung (Hose, BH, Schuhe), Schlüssel, Hartgeld, Haarklammern, Kugelschreiber und alle sonstigen Metallteile ab!!!

**Blatt bitte wenden**

Viele diagnostische Fragestellungen erfordern die Gabe eines **Kontrastmittels**. Dieses wird , wenn nötig , in die Armvene injiziert. Das Kontrastmittel in der Kernspintomographie ist im Gegensatz zum Röntgenkontrastmittel **nicht jodhaltig** und wird daher sehr gut vertragen.

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, selten auftretende allergische Reaktionen wie z.B. Niesreiz, bitterer Geschmack, flüchtiger Hautausschlag, Juckreiz, Übelkeit, extrem selten: Atem-und/oder Kreislaufbeschwerden (müssen der Vollständigkeit halber genannt werden) soweit wie möglich auszuschalten!

11.	Haben Sie schon einmal Kontrastmittel in der Kernspintomographie erhalten?	ja		nein	
12.	Traten dabei Nebenwirkungen auf?	ja		nein	
13.	Besteht eine Herz-, Nieren- oder Zuckerkrankheit?	ja		nein	
14.	Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Asthma, Heuschnupfen oder gegen Medikamente)	ja		nein	
15.	Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? (z.B. Hepatitis, HIV, andere Infektionen)	ja		nein	
16.	Sind Sie mit der Gabe von Kontrastmittel <b>einverstanden</b> ? Bei Unklarheiten, Antwort bitte offen lassen.	ja		nein	

Patientinnen die eine Spirale tragen, möchten wir darauf Hinweisen, dass sie nach der Untersuchung zu ihrem Gynäkologen gehen sollten, um die Position der Spirale zu überprüfen.

Ich habe die Ausführungen gelesen und verstanden. Ich bin mir bewußt, daß durch Notfallpatienten Verzögerungen bei fest vereinbarten Terminen auftreten können und ich keinerlei Schadensersatzansprüche wegen anfallender Wartezeiten geltend machen kann.

Datum, Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Über den genauen Ablauf der Untersuchung informiert Sie die nächste Seite.